

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1936

THÈSE

POUR LE

N°

182

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Henryk ZAJTMAN

Né le 11 janvier 1909, à Varsovie (Pologne).

---

**Les Métastases  
du Cancer de l'Œsophage**

---

*Président : M. LOEPER, Professeur.*

---

PARIS  
JOUVE & C<sup>ie</sup> EDITEURS  
15, Rue Racine, 15

—  
1936



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1936

THÈSE

N° .....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Henryk ZAJTMAN

Né le 11 janvier 1909, à Varsovie (Pologne).

---

**Les Métastases  
du Cancer de l'Œsophage**

---

*Président : M. LOEPER, Professeur.*

---

PARIS  
JOUVE & C<sup>ie</sup> EDITEURS  
15, Rue Racine, 15

1936

# LE DOYEN ..... G. ROUSSY

## I. — PROFESSEURS

|                                                    |                    |
|----------------------------------------------------|--------------------|
|                                                    | MM.                |
| Anatomie .....                                     | ROUVIERE.          |
| Physiologie .....                                  | Léon BINET.        |
| Physique médicale .....                            | STROHL.            |
| Chimie médicale .....                              | DESGREZ.           |
| Bactériologie .....                                | Robert DEBRÉ.      |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale ..... | BRUMPT.            |
| Pathologie médicale et générale.                   | BAUDOUIN.          |
| Pathologie chirurgicale .....                      | CHEVASSU.          |
| Anatomie pathologique .....                        | ROUSSY.            |
| Histologie .....                                   | CHAMPY.            |
| Pharmacologie et matière médicale .....            | TIFFENEAU.         |
| Thérapeutique .....                                | HARVIER.           |
| Hygiène et médecine préventive .....               | TANON.             |
| Médecine légale .....                              | BALTHAZARD.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....   | LAIGNEL-LAVASTINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée .....         | FIESSINGER.        |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....     | Maurice VILLARET.  |
| Clinique médicale .....                            | LOEPER.            |
|                                                    | CARNOT.            |
|                                                    | CLERC.             |
|                                                    | Marcel LABBÉ.      |
|                                                    | LEREBoullet.       |
|                                                    | NOBÉCOURT.         |
|                                                    | H. CLAUDE.         |
|                                                    | GOUGEROT.          |
|                                                    | GUILLAIN.          |
|                                                    | LEMIERRE.          |
|                                                    | CUNEO.             |
|                                                    | GOSSET.            |
|                                                    | GRÉGOIRE.          |
|                                                    | LENORMANT.         |
|                                                    | TERRIER.           |
|                                                    | MARION.            |
|                                                    | BRINDEAU.          |
|                                                    | COUVELLAIRE.       |
|                                                    | JEANNIN.           |
|                                                    | N...               |
|                                                    | OMBREDANNE.        |
|                                                    | RATHERY.           |
|                                                    | LEMAITRE.          |
|                                                    | Pierre DUVAL.      |
|                                                    | SERGENT.           |
|                                                    | BEZANÇON.          |
|                                                    | MATHIEU.           |
|                                                    | HOVELACQUE.        |
|                                                    | MULON.             |
|                                                    | OLIVIER.           |
|                                                    | VERNE.             |
|                                                    | MOCQUOT.           |
| Professeurs sans chaire .....                      |                    |

## II. — AGREGES EN EXERCICE

|                                        |                                      |
|----------------------------------------|--------------------------------------|
| MM.                                    | MM.                                  |
| BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.    | GALLIARD .... Parasitologie.         |
| BERNARD (Étienne) Pathologie médicale. | GASTINEL .... Bactériologie.         |
| BEZANÇON                               | DE GAUDART D'ALLAINES. Patholo-      |
| (Justin) .... Hydrologie.              | gie chirurgicale.                    |
| BOULIN .... Pathologie médicale.       | GAYET .... Physiologie.              |
| BULLIARD .... Histologie.              | GIROUD .... Histologie.              |
| CATHALA .... Pathologie médicale.      | HAGUENAU .. Pathologie médicale.     |
| CHEVALLIER . Pathologie médicale.      | HALPHEN .... Oto-rhino-laryngologie. |
| DOGNON .... Physique.                  | HAZARD .... Pharmacologie.           |
| FEY .... Urologie.                     | HUGUENIN ... Anatomie pathologique.  |
|                                        | JOANNON ... Hygiène.                 |



## II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.  
 LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.  
 LACOMME .... Obstétrique.  
 LANTUÉJOUL . Obstétrique.  
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.  
 LEMAIRE .... Pathologie expérimentale.  
 LEVEUF ..... Pathologie chirurgicale.  
 M<sup>lle</sup> J. LEVY . Pharmacologie.  
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.  
 MOREAU .... Pathologie médicale.  
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.  
 MOUQUIN .... Pathologie médicale.  
 OBERLING ... Anatomie pathologique.

MM.  
 PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.  
 PIÉDELIÈVRE . Médecine légale.  
 PORTES ..... Obstétrique.  
 RICHEL ..... Physiologie.  
 SANNIE ..... Chimie biologique.  
 SÈNEQUE .... Pathologie chirurgicale.  
 TROISIÈRE .... Pathologie expérimentale.  
 TURPIN ..... Pathologie médicale.  
 VIGNES ..... Obstétrique.  
 WILMOTH .... Pathologie chirurgicale.

## III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.  
 ALGLAVE ..... Pathologie chirurgicale.  
 BUSQUET .... Pharmacologie.  
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.  
 LEROUX ..... Anatomie pathologique.  
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

## IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.  
 ABRAMI.  
 ALAJOUANINE.  
 AUBERTIN.  
 BRULÉ.  
 CHABROL.  
 CHIRAY.  
 DONZELOT.  
 DUVOIR.  
 HARVIER.  
 LIAN.  
 PASTEUR-VAL.  
 LÉRY-RADOT.  
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.  
 BASSET.  
 BROQUÉ.  
 CADENAT.  
 GATELLIER.  
 HEITZ-BOYER.  
 MOURE.  
 QUÉNU.  
 SCHWARTZ.  
 VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.  
 ECALLE.  
 GUENIOT.  
 LE LORIER.  
 LEVY-SOLAL.  
 METZGER.

Clinique obstétricale.

## V. — CHARGES DE COURS

MM.  
 CHAILLEY-BERT, agrégé ..... Education physique.  
 LEDOUX-LEBARD ..... Radiologie clinique.  
 WEIL-HALLÉ ..... Puériculture.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elles n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

A MES PARENTS

*Bien faible hommage de mon  
amour filial pour leur exemple  
inoubliable d'abnégation.*

A MON ONCLE,

INGÉNIEUR MAKSYMILJAN CZAPEK

*En témoignage de ma recon-  
naissance, la plus profonde.*

A MA FAMILLE.

A MES AMIS ET COLLEGUES D'ETUDES.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. LOEPER

Professeur de la Clinique Médicale à la Faculté de Paris

Médecin de l'Hôpital St-Antoine

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur.

*En le remerciant de l'honneur  
qu'il nous a fait en acceptant la  
présidence de cette thèse, qu'il  
nous a inspirée après nous avoir  
permis de bénéficier de son lu-  
mineux enseignement.*

*A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris :*

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ABRAMI

M. LE DOCTEUR HALLE.

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU.

M. LE PROFESSEUR GUILLAIN.

M. LE DOCTEUR RAVAUT (in memoriam).

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CATHALA.

M. LE PROFESSEUR TERRIEN.

M. LE DOCTEUR JACOB (f. f. d'externe).

M. LE DOCTEUR DENIKER (f. f. d'externe).

M. LE PROFESSEUR LEGUEU (f. f. d'externe)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HAGUENAU (f. f.  
d'externe).

A MES MAITRES  
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.



## INTRODUCTION

Le cancer de l'œsophage serait à la base des trois quart des cas de sténose œsophagienne. Malgré son évolution le plus souvent rapide, le cancer de l'œsophage ne reste pas uniquement local. Il peut se propager de trois façons :

a) par continuité : aux lymphatiques et ganglions tributaires, vers le pharynx et vers l'estomac ;

b) par contiguité : il peut atteindre des organes de voisinage. C'est ainsi que seront envahies : la trachée, la plèvre, les bronches, la veine cave, la veine azygos ;

c) par métastases à distances, loin de la lésion initiale. Les embolies cancéreuses peuvent envahir tous les viscères, les os, les muscles, les articulations.

La diffusion des cancers œsophagiens dans les organes éloignés est-elle fréquente ? Cette question a été fortement discutée et a suscité diverses opinions suivant les époques. Nombreux auteurs ont nié les métastases, d'autres les considéraient comme exceptionnelles ou très rares. Voici d'ailleurs l'opinion formulée par MM. BOURGEOIS et LENORMAND à ce sujet : « On ne doit pas regarder comme métastases les quelques cas de tumeurs secondaires dûs à la greffe dans l'estomac d'un fragment du néoplasme œsopha-

gien. Les métastases véritables, celles qui se font à distance dans le poumon, le foie, le rein, le squelette sont exceptionnelles. Le cancer strictement œsophagien ne se généralise pas ».

Cependant plusieurs observations cliniques, dont deux toutes récentes faites dans le service de M. le Professeur LOEPER semblent démontrer nettement l'erreur de cette opinion.

Cette démonstration de l'existence des métastases au cours d'un cancer œsophagien, suivie de quelques considérations sur ces localisations secondaires éloignées, constituera donc le but de notre étude.

*Nota.* — Quelques-unes de ces observations, dont nous parlerons plus loin, vont paraître sous peu, publiées dans leur ensemble par M. le Professeur LOEPER et M. GILBRUN, dans les Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition 1936.

## CANCER DE L'ŒSOPHAGE

(Symptomes, diagnostic et évolution).

Avant d'étudier la question des métastases dans un cancer de l'œsophage, un bref aperçu sur la symptomatologie de cette affection.

*Fréquence* : Le cancer de l'œsophage a suivi la progression ascendante des autres tumeurs malignes et les statistiques récentes démontrent que le cancer de l'œsophage est assez fréquent : 7-9 % par rapport aux divers cancers, 15/1000 par rapport aux maladies digestives, 25-60 % par rapport aux maladies de l'œsophage. Il est plus fréquent que le cancer du sein, moins que le cancer de l'estomac, autant qu'un ulcère.

*Causes prédisposantes* :

*Sexe* : l'ensemble des statistiques donne dans tous les pays une forte majorité pour le sexe masculin.

*Age* : Il s'agit presque toujours des malades adultes et même de la fin de l'âge adulte : 50-60 ans.

*Situation sociale* : prédominance dans le peuple, chez des gens qui travaillent manuellement, qui sont appelés à boire plus que de raison, que chez les autres travailleurs.

*Maladies antérieures ou associées :*

*Tuberculose* : il est fréquent de voir le cancer de l'œsophage se développer chez un tuberculeux et de voir mourir un cancéreux des lésions tuberculeuses. Inanition serait la cause de développement de B. K.

*Syphilis, alcool et tabac* ont une influence considérable sans oublier les traumatismes, les corps étrangers, des lésions inflammatoires et cicatricielles, ainsi que des spasmes chroniques avec mégaoesophage à poche énorme contenant des liquides et aliments avec muqueuse altérée.

*Siège* : sur les trois rétrécissements normaux : cervical, bronchique et sus-diaphragmatique avec prédominance au tiers inférieur et moyen. Voici la statistique de Samaja :

1/3 supérieur : 18 % ;

1/3 moyen : 36 % ;

1/3 inférieur : 46 %.

*Dimension* : très variable; on peut voir des tumeurs très petites, réduites parfois à des ulcérations minuscules, inversement le cancer peut parfois envahir tout l'œsophage.

Au point de vue anatomo-pathologique, on peut distinguer macroscopiquement trois formes : bourgeonnante, ulcéreuse et infiltrée. Histologiquement, il s'agit le plus souvent des épithéliomes pavimenteux spino et baso cellulaires. On rencontre parfois des tumeurs à type sarcomateux ou des tumeurs mixtes; ces dernières, plus malignes, donneraient

peut-être plus facilement des métastases, comme nous le verrons plus loin.

*Symptômes* : peuvent être groupés en 3 périodes :

1) *Période de début* : se manifeste par des troubles passagers de la déglutition, avec une sensation de gêne ou de maladresse quand le malade avale un morceau trop volumineux ou trop chaud, ou, au contraire, quand il boit froid. Cette dysphagie relève surtout d'un élément spasmodique. Au début, elle se manifeste par une sensation d'arrêt des aliments à un niveau qui peut varier avant de se fixer. Elle est inconstante, peut céder pendant quelques jours et être tolérée parfois des semaines quand le malade facilite le glissement du bol dégluti par l'absorption fréquente de petites gorgées d'eau. Peu à peu cette gêne s'accroît, la dysphagie devient progressivement croissante. Elle s'accompagne d'une régurgitation alimentaire, puis muco-salivaire. Ce terme « régurgitation » semble préférable à celui de vomissement œsophagiens. Il s'agit en effet d'un rejet, hors de la bouche, sans effort de vomissements, des aliments arrêtés dans l'œsophage au niveau de la sténose. Ces régurgitations surviennent soit immédiatement après la prise d'aliments et sont alors constituées par de la salive et les aliments les plus récemment déglutis, soit plus ou moins tardivement, véritables phénomènes réflexes — manifestation de défense de l'œsophage qui se contracte pour évacuer le contenu gênant — constituées par des aliments plus anciens à odeur plus ou moins fétide. En les exami-

nant, on peut parfois y déceler de petits débris de la tumeur souvent teintés de sang.

Il existe en plus une sialorrhée très abondante qui constitue le produit d'une sécrétion exagérée des glandes salivaires, surtout de la parotide, par un réflexe de défense (réflexe œsophago-salivaire de Roger) qu'on peut observer dans tout obstacle au transit œsophagien. Tant que la sténose n'est pas très serrée, ni le spasme prolongé, la salive secrétée en excès filtre à travers le rétrécissement jusque dans l'estomac, mais il en séjourne toujours une certaine quantité dans le pharynx et dans la portion sus-jacente à la tumeur. D'où pendant la journée, la sensation d'un encombrement buccal qui entraîne le malade à cracher, et pendant la nuit, un écoulement de la salive en dehors de la bouche.

La douleur est un symptôme inconstant et variable et souvent le cancer de l'œsophage évolue sans douleur vive.

En règle générale, la douleur n'est pas un symptôme de début.

Exceptionnellement, l'affection débute par un accident à distance, tel que la paralysie recurrentielle ou par l'apparition d'une adénopathie cervicale plus ou moins volumineuse.

En présence de ces signes, la radioscopie s'impose avant toute autre manœuvre. Quand il n'y a pas de sténose œsophagienne, on note un petit arrêt du cachet bismuthé au dessus de la bouche de l'œsophage, parfois un nouvel arrêt en face de la bifurcation des

bronches puis de l'orifice diaphragmatique; mais assez rapidement le cachet tombe dans l'estomac. Quand il y a simple spasme, le cachet reste au-dessus du spasme et est projeté un certain nombre de fois vers le larynx. Mais le spasme seul ne peut pas lutter longtemps contre la pression de cette masse liquide; et on voit la trainée opaque descendre vers l'estomac, à travers un étranglement annulaire ou en entonnoir qui traduit le siège exact du spasme. Quand il s'agit d'une sténose, le cachet de bismuth arrêté en un point fixe est projeté plus ou moins haut dans le conduit par des contractions plus ou moins rythmées. Ces mouvements d'ascension se remarquent surtout, lorsqu'on cherche à faire passer le cachet par la déglutition successive de quelques gorgées d'eau. Mais la bouillie filtre difficilement par un pertuis qui semble irrégulier et plus ou moins tortueux et il peut même arriver, quand la sténose est complète, que rien ne passe plus et que l'on voit la silhouette classique en moignon, si commune dans les sténoses du pylore. Au-dessus de l'obstacle, la dilatation du conduit se manifeste dans toute sa hauteur et sa largeur par une ombre caractéristique.

La cathétérisme pratiqué autrefois, permettrait reconnaître le siège exact de la sténose, en repérant le point d'arrêt à partir des arcades dentaires et en mesurant la longueur de la sonde introduite; il permettrait en outre de faire le diagnostic de cancer en examinant au microscope des particules et des glaires ainsi ramenées.

Aujourd'hui, on préfère de recourir d'emblée à l'œsophagoscopie qui ne risque pas à cette période de fissurer la tumeur et de provoquer des complications hémorragiques ou infectieuses. On peut ainsi constater un simple gonflement d'une portion limitée de la paroi avec une vascularisation normale (il peut s'agir alors d'une tumeur sous-muqueuse non ulcérée, ou plus souvent encore, on ne voit que la limite supérieure du segment envahi, au-dessus de l'ulcération, masquée elle-même par le bourrelet), ou un bourgeonnement muqueux, saignant, ou enfin une ulcération grisâtre plus ou moins large reposant sur un épaississement de la muqueuse.

2) *Période d'Etat* : s'observe du deuxième au sixième mois. C'est encore la dysphagie qui domine le tableau clinique, mais elle est permanente, progressive, d'abord pour les aliments solides, puis semi-consistants. Enfin les liquides eux-mêmes passent plus ou moins difficilement et nécessitent pour leur déglutition une attention plus soutenue des malades. Le point d'arrêt correspond d'ordinaire au niveau même de la tumeur, mais dans certains cas les sujets accusent une sensation d'arrêt dans le tiers supérieur de l'œsophage, alors que les divers modes de l'exploitation localisent la sténose dans le tiers inférieur. Cette particularité s'explique par l'existence à la région cervicale d'un spasme surajouté.

La douleur est plus constante qu'à la phase de début surtout dans la forme haute où elle affecte une localisation rétro-sternale. Selon l'expression des

malades, c'est une sensation pénible de poids, de barre, de stricture, de crampe, de brûlure, qui leur arrache des plaintes et parfois même des cris. Elle peut affecter un caractère pseudo-angineux, avec des irradiations le long du phrénique, se manifestant par de l'oppression, de l'étouffement. Cette forme est surtout marquée dans les tumeurs de la portion moyenne. Enfin dans certains cas des tumeurs juxta-cardiaques, elle peut donner une sensation de transfixion en brèche, avec irradiation dans le dos et vers l'épaule gauche surtout.

L'amaigrissement qui s'était manifesté dès le début de la maladie, assez lent d'abord, devient plus rapide, parfois le malade semble fondre sous les yeux de son entourage qui est frappé surtout par ce symptôme.

L'anémie est fréquente, elle semble due moins aux hémorragies, qui sont peu abondantes, qu'à la restriction alimentaire tenant en partie à l'anorexie, mais surtout à l'obstacle œsophagien.

La fièvre est un symptôme assez constant — elle est due à l'infection, parce que l'œsophage est un organe toujours contaminé.

La radioscopie faite à cette époque montre un arrêt de cachet bismuthé analogue à celui que nous avons signalé dans la première phase, avec des soubresauts d'autant moins marqués, que la paroi musculaire œsophagienne est plus infiltrée et réagit moins vivement. La bouillie barytée passe lentement comme un ruban plus ou moins mince et s'accumule parfois dans une dilatation sus-jacente.

L'œsophagoscopie pratiquée avec une douceur extrême et sous anesthésie locale à la cocaïne à 1/20, après avoir vidé le segment sus-jacent au cancer de la salive et des particules étrangères qui le remplissent, donne rarement une vue d'ensemble de la tumeur, et l'on se borne d'ordinaire à constater son rebord supérieur plus ou moins saillant, plus ou moins ulcéré, plus ou moins grisâtre ou vasculaire, avec des bourgeons sanieux et saignants.

3) *La période terminale* s'observe le plus souvent vers le huitième mois, rarement plus tard. Elle est caractérisée par une cachexie progressive. Les signes de sténose s'accroissent, l'obstacle rend bientôt toute alimentation impossible, les malades se deshydratent, leurs muscles fondent, leur peau se dessèche, la constipation est intense, les urines sont rares. La déglutition devient de plus en plus douloureuse, la voix est altérée par des paralysies récurrentielles, précédées par des spasmes de la glotte qui peuvent entraîner des accès brusques de suffocation. A cette époque la radioscopie ne doit être tentée qu'à bon escient, et s'il n'y a pas de signes cliniques de fistule trachéo-broncho-œsophagienne, car on a vu dans ces conditions, la bouillie bismuthée envahir l'arbre bronchique et provoquer des accidents variables. L'œsophagoscopie n'est plus permise qu'en cas de nécessité absolue, pour fixer un diagnostic, qui d'ordinaire n'est plus hésitant.

La mort est fatale et rapide, hâtée souvent par des complications pulmonaires aiguës, lorsqu'il s'agit

d'infection des voies respiratoires par une fistule, soit subaiguës, quand la tuberculose s'est greffée sur cet organisme débilité, comme il est fréquent.

D'autres fois ce sont des complications cardio-vasculaires qui emportent le malade. Ce sont des troubles de compression qui intéressent les gros troncs veineux du médiastin et de la base du cœur, soit des hémorragies d'abondance variable par ulcération large des gros vaisseaux, soit enfin l'infection des séreuses.

Enfin, et les cas ne sont pas rares, comme les observations suivantes vont nous le démontrer, la mort peut être due à une propagation à distance, à des métastases.

## LES METASTASES DU CANCER DE L'ŒSOPHAGE

S'il est vrai que le cancer de l'œsophage tue souvent par une cachexie, une perforation ou rupture des vaisseaux, quelquefois par une tuberculose, des nombreuses observations nous démontrent qu'il tue aussi par métastases.

Ces métastases peuvent se faire dans tous les viscères, dans les os, les muscles, avec prédominance pour certains organes, comme nous le démontrerons plus loin à l'aide des statistiques.

Nous commencerons par *les métastases hépatiques* qui semblent être les plus fréquentes.

**N° 1.** Voici une observation détaillée que nous devons à l'obligeance de M. le Professeur LOEPER :

Al... Auguste, âgé de 60 ans, manœuvre, entre dans le service du Professeur LOEPER au mois de mars 1935. Le malade éprouve depuis le début du mois de février 1935 une dysphagie, qui est apparue progressivement après une longue phase d'anorexie et de pituites matinales. Marquée d'abord pour les aliments solides, elle s'aggrave rapidement, et bientôt seuls les liquides et les purées peuvent être déglutis. Les petites bouchées de viande, même bien mastiquées, sont rejetées au bout de quelques instants. Ces regurgitations ne se sont jamais accompagnées de stries sanglantes. Il n'y a eu de la sialorrhée qu'au début. Cette dysphagie est absolument indolore, mais sa persistance et son aggravation incitent le malade à entrer dans le service le 15 mars. Son

état général est mauvais. Il a maigri de 4 kgs. Ses traits sont tirés, sa peau est sèche, déshydratée. La température se maintient entre 38° et 39°. Les troubles de la déglutition sont très accusés. Le malade absorbe facilement les liquides, il mâche longuement et avec peine une toute petite bouchée du pain. Il essaye de l'avaler, il se plaint d'une gêne douloureuse dans la région rétro-sternale. Puis, il la rejette avec beaucoup de salive. L'examen radiologique précise l'aspect de cette sténose œsophagienne : une pâte épaisse moule les parois de l'œsophage; l'œsophage va en se rétrécissant régulièrement de la bifurcation trachéale au cardia. A sa partie terminale, il est très mince. Il n'y a aucune dilatation sus-stricturale. Les bords de l'œsophage sont réguliers et nets.

Ce syndrome évoque chez ce sujet âgé, amaigri, l'idée d'un cancer de l'œsophage. Mais on est frappé par son faciès rouge, ses pommettes couvertes de varicosités et une importante distension abdominale. Le météorisme s'accompagne d'une ascite dans les flancs; cette ascite est mobile, peu abondante. Le liquide d'ascite est clair, jaune citrin. Il contient de nombreuses hématies, 13 polynucléaires pour 87 lymphocytes. Il n'y a aucun germe à l'examen direct et à la culture. L'inoculation fut négative. En outre une zone de matité existe dans la région ombilicale. Elle avait fait penser à une ascite en partie cloisonnée. Il s'agissait en fait d'une énorme infiltration cancéreuse du grand épiploon. Une légère circulation collatérale est visible sur l'abdomen. Le volume du foie est accru; son bord supérieur n'est pas abaissé; son bord inférieur déborde de 2 travers de doigt le rebord costal. Il est dur et régulier. La rate n'est ni palpable, ni percutable. Il n'existe aucune adénopathie. L'examen général est par ailleurs négatif. Le cœur est régulier, le deuxième bruit est claqué à la base. T. A : 13-7. Au sommet du poumon on aperçoit quelques râles secs après la toux. La radiographie décèle quelques taches aux sommets. Ces taches, bien limitées, semblent traduire un processus ancien. L'examen neurologique est normal. Il n'existe aucun signe clinique ni sérologique de syphilis. Le malade reconnaît ses habitudes d'intempérance. La cachexie s'accuse rapidement les jours suivants. On hésite entre le dia-

gnostic d'une cirrhose ou d'une péritonite bacillaire avec ganglions œsophagiens. Le malade meurt le 2 avril.

Compte rendu de l'autopsie : dès l'ouverture de l'abdomen, on est frappé par l'énorme prolifération néoplasique qui infiltre tout le péritoine. Ce sont de gros grains accolés, serrés les uns contre les autres. Leur coloration est blanchâtre ou gris rosé. Leur consistance est dure. Le grand épiploon, également infiltré, forme une masse épaisse et dure qu'on relève pour explorer les viscères abdominaux. Le mésentère est également infiltré de ces innombrables petites masses tumorales. Elles siègent jusque sur l'insertion de l'intestin grêle, et ne paraissent pas intéresser les tuniques intestinales. Le colon ascendant et transverse sont enserrés par cette masse. Le colon descendant est incrusté dans le magma, à tel point qu'il ne forme aucun relief. L'appendice n'est pas épargné, et entouré par cette gangue épaisse, il prend des proportions énormes. Le feuillet pariétal du péritoine qui double le diaphragme est aussi infiltré. Par contre, la face thoracique du diaphragme est normale. L'abdomen contient 3 ou 4 litres d'ascite séro-fibrineuse. On retire d'un bloc l'œsophage, l'estomac, le duodénum et l'intestin grêle, et on ouvre tout le tube digestif. La muqueuse œsophagienne perd son aspect normal à partir de la bifurcation trachéale. Elle devient pâle, épaisse. A 4 cm. du cardia se trouve une ulcération de la dimension d'une pièce d'un franc. Elle n'est pas parfaitement circulaire, ses bords sont réguliers, non déchiquetés, non éversés. Elle est indurée. La portion abdominale de l'œsophage est rétrécie, enserrée par l'énorme gangue péritonéale. La muqueuse de la partie supérieure de l'estomac et de la grosse tubérosité présente exactement le même aspect macroscopique que la muqueuse de la partie inférieure de l'œsophage. A la surface du foie existent quelques petits noyaux blanchâtres, de petite dimension. Ils ne font aucune saillie. Leur aspect rappelle celui de l'infiltration péritonéale. A la surface de la rate on trouve également 2 noyaux semblables. Les reins sont congestionnés, non cancérisés. Aux sommets des deux poumons existent quelques tractus épais, mais on ne décèle au-

cune lésion pulmonaire bacillaire en activité. Le cœur est normal.

L'examen histologique montre au-dessus de l'ulcération œsophagienne, la muqueuse entièrement transformée et remplacée par une série de boyaux et d'îlots cellulaires extrêmement serrés. Sous fort grossissement, on constate qu'il s'agit de leucocytes, polynucléaires pour la plus grande part, et d'éléments cellulaires épithéliaux qui révèlent 2 aspects : les uns rappellent les cellules pavimenteuses et s'organisent en îlots semblables à de petits globes cornés; les autres sont des éléments déchiquetés ressemblant plus aux éléments qu'on retrouve dans les épithéliomas spino-cellulaires. Au niveau de l'ulcération, la pénétration du cancer se fait en noyaux plus denses. Le tissu conjonctif péri-œsophagien paraît plus ponctué d'un grand nombre de trainées de cellules néoplasiques et de cellules transformées. Il prend un aspect de tissu lâche qui rappelle un peu celui du myxome. En certains endroits ce tissu prend l'aspect de linite plastique. Au contact de l'estomac, les éléments cellulaires reprennent l'aspect spino-cellulaire, pour changer un peu leur caractère dans les noyaux secondaires du péritoine, du foie, de la rate, et de cornés, devenir franchement baso-cellulaires.

Il s'agit en somme d'une tumeur à point de départ œsophagien constituée par des cellules épithéliales qui confinent, les unes aux épithéliomas baso-cellulaires, les autres aux épithéliomas spino-cellulaires. Le tissu conjonctif prend une part importante à la formation de cette néoformation, prenant par endroits un aspect myxomateux et en autres un aspect fibro-conjonctif comme les linites.

Voilà donc un cas de cancer de l'œsophage occupant la partie inférieure de l'organe, ayant les caractères habituels de ces néoplasmes, qui au début spino-cellulaires, présentent des variations qui font parfois disparaître les éléments cornés, et qui se généralise au péritoine, au foie, même au pourtour de la rate et qui a tué le malade non par inanition, mais par cette propagation curieuse abdomino-hépatique, par cette métastase énorme, disproportionnée avec la lésion initiale.

**N° 2.** Ce cas n'est d'ailleurs pas unique et en voici une autre observation d'un malade vu en 1924 par M. le Professeur LOEPER et son ancien interne M. THIERRY (résumée) :

Il s'agissait d'un homme, marchand aux Halles, qui présentait un rétrécissement de l'œsophage qui fit penser à une lésion aortique. On ne fit pas d'œsophagoscopie, parce que le malade s'y refusa, mais à la radioscopie on constata un arrêt de bismuth au niveau du tiers inférieur de l'organe. Puis, ce malade ayant accepté l'œsophagoscopie, elle fut pratiquée par M. HALPHEN. On préleva un fragment de la tumeur et on trouva un néoplasme spino-cellulaire à globes cornés. Le malade présente des hématémèses qui attirent l'attention sur l'abdomen. Au palper du ventre on trouve un foie énorme, nodulaire, qui s'accroissait considérablement au moment où l'on fait la radiothérapie profonde. Le malade est mort en 15 jours, présentant des hématémèses considérables. On n'a pas pu faire l'autopsie, mais on savait nettement, étant donné les renseignements fournis par la palpation, qu'il y avait un cancer du foie secondaire.

Nous avons trouvé dans les diverses publications un nombre important de néoplasmes de l'œsophage ayant provoqué des métastases.

**N° 3.** Voici une observation faite par M. PALLASSE et Mlle LAMBERT (résumée) :

*Cancer de l'œsophage latent avec généralisation hépatique.* (in Lyon Médical, octobre 1928) :

Il s'agit d'un malade, âgé de 70 ans, manoeuvre, entré à l'hôpital pour une tumeur abdominale le 28/2/1928. Le dé-

but remonte à 6 mois. Il a été caractérisé par quelques troubles digestifs vagues, consistant en douleurs légères, rétro-sternales et épigastriques lors de l'ingestion alimentaire, sans vomissements, et par des signes généraux : anorexie, asthénie, gros amaigrissement. L'examen montre un malade cachectique, présentant de l'œdème des membres inférieurs, du subictère, des ganglions cervicaux et quelques manifestations pseudo-asthmatiques faisant penser à une volumineuse tumeur de la région sus-ombilicale de l'abdomen, mate, occupant les hypocondres et l'épigastre. A la palpation cette tumeur est dure, irrégulière, non douloureuse. Il y a un peu d'ascite. Les urines contiennent un peu d'albumine. Par ailleurs, rien d'anormal. En présence de ce tableau, on pose le diagnostic de cancer secondaire du foie et tout le problème clinique consiste à rechercher la tumeur primitive. L'évolution se fait en un mois, marquée par l'augmentation de la tumeur hépatique avec aggravation des signes de compression portale, ascite et œdème des membres inférieurs, et par apparition d'un ictère franc sans décoloration des matières. Le malade meurt le 3 avril 1928. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve plusieurs litres d'ascite hémorragique. Le foie est hypertrophié, irrégulier, bosselé, farci de noyaux néoplasiques. L'œsophage adhère fortement à la trachée au niveau de sa bifurcation. Sa portion moyenne et inférieure présente, sur une longueur de 7-8 cm., des bourgeons néoplasiques en trainées, à aspect non ulcéreux et non hémorragique.

Cliniquement il s'agit donc d'une forme latente du cancer de l'œsophage où tout le tableau clinique était dominé par la métastase hépatique et ses complications.

**N° 4.** Une autre observation d'un malade vu par A. BERNARD et DE RENTY (résumée) :

*Les métastases à distance du cancer de l'œsophage*  
(in Arch. des mal. de l'app. digest. et des mal. de la nutrition, juillet 1935) :

Mlle G. L., âgée de 66 ans, vue le 19 juin 1934 pour anorexie et hoquet datant depuis 2 mois. L'amaigrissement est considérable. L'examen somatique montre un foie bosselé, douloureux, atteignant l'ombilic : cancer secondaire du foie. Soupçonnant un cancer digestif, on soumet la malade à un examen radioscopique de l'œsophage et de l'estomac et on constate un rétrécissement irrégulier, très serré, du tiers inférieur de l'œsophage. Il s'agissait donc d'un cancer de l'œsophage, dont une des premières manifestations était un cancer secondaire du foie. L'évolution fut rapide. Trois semaines après, mort par cachexie.

N° 5. Voilà encore une observation de CHALIER et DELORME (résumée) :

*Cancer de l'œsophage avec généralisation hépatique.* (Soc. med. des Hôp. de Lyon 25/10 1921 in Lyon Médical, 1922) :

Louis V..., 56 ans, entre dans le service le 25/9/1921, pour une tumeur abdominale. Dans ses antécédents, on relève l'alcoolisme et syphilis. Sa mère est morte d'un cancer; un de ses frères est mort d'un cancer de l'œsophage. Le malade, un ancien obèse pesant 118 kgs. il y a 6 ans, ne pèse actuellement que 64 kgs. Ses forces ont diminuées, et depuis 3 mois il est obligé de cesser son travail. Depuis 6 mois il accuse de la dysphagie. Celle-ci varie d'un jour à l'autre, toutefois, à la plupart des repas, survient une sensation d'arrêt rétro-sternal, ne disparaissant que par l'ingestion d'un 1/2 verre d'eau. Le plus souvent les efforts de déglutition aboutissent au rejet des mucosités glaireuses, abondantes, mais jamais à celui des aliments que le patient vient d'ingérer. Il n'y a jamais eu de vomissements alimentaires. Pas de douleur épigastrique, mais sensation de pesanteur à l'estomac après les repas. Il y a 3 jours, hématemèse, peu abondante, du sang rouge. Le lendemain, selles noires et fétides. A l'entrée, le malade attire l'attention sur son abdomen et

particulièrement sur l'épigastre qui fait saillie. Il est soulevé par une énorme masse qui descend à 5 cm. au-dessous de l'ombilic, atteint en haut l'appendice xyphoïde, se développe à gauche, où elle comble tout le flanc et donne le contact lombaire, s'étale à droite dans le flanc droit et se confond avec la matité hépatique. De consistance dure, sa surface est assez régulière, elle n'adhère pas à la peau, se mobilise sur les plans profonds, est mate sur toute son étendue, sa palpation ne réveille aucune douleur. Il n'y a pas d'ascite, pas de circulation collatérale. On ne perçoit pas la rate. Pas de ganglions dans les creux sus-claviculaires et axillaires, ni dans les régions inguinales. Le 28/9 le malade meurt, après avoir eu plusieurs hématomés très abondantes.

L'autopsie révèle un cancer de l'œsophage développé à la partie moyenne, au-dessous de la crosse de l'aorte : néoplasme bourgeonnant obstruant en grande partie la lumière du conduit, adhérent avec l'aorte thoracique descendante et la colonne vertébrale. La tumeur englobait la grande veine azygos et avait provoquée l'ulcération du vaisseau dont la lumière était obstruée par des bourgeons cancéreux. Le foie pèse 5 kgs 800 gr. et présente à chacun des lobes, un noyau néoplasique, énorme, dur. La tumeur abdominale, pour laquelle le malade était adressé à l'hôpital, fut donc une énorme métastase hépatique dont le point de départ fut le cancer de la partie moyenne de l'œsophage.

**N° 6.** Une autre observation de COLLET (résumée) :

*Cancer de l'œsophage avec paralysie récurrentielle et généralisation hépatique.* (In Journal de Médecine de Lyon, 1925) :

B..., 62 ans, après avoir subi une gastrostomie, entre dans le service le 17/6/1922 pour une dysphagie qui a débuté le 15 mai; à cette date elle était incomplète : les aliments solides passaient mal et étaient regurgités. Vers le 24/5 sont

apparues des troubles de la voix. Un examen laryngoscopique montrait la corde vocale droite en position cadavérique. L'examen radioscopique fait le 31/5 montre à la partie supérieure de l'œsophage un rétrécissement serré de 2-3 travers de doigt de hauteur. Pendant tout son séjour dans le service, le malade est demeuré aphone. Le 27/7 on remarque que le pansement de la fistule gastrique est souillé de sang. Le malade meurt le lendemain.

L'autopsie montre une tumeur bourgeonnante et ulcérée de l'œsophage qui adhère à la colonne vertébrale. Le récurrent est englobé par une masse ganglionnaire. En outre, on trouve de nombreux noyaux néoplasiques dans le foie.

**N° 7.** Citons encore pour mémoire l'observation de MARCOU :

Malade de 72 ans, avec troubles gastriques marqués et adénopathie sus-claviculaire, sans dysphagie. Le tubage œsophagien avait ramené un repas d'épreuve, décelant une anachlorhydrie à peu près absolue. Mort par cachexie. L'autopsie permit de constater un cancer de tiers inférieur de l'œsophage avec gros noyaux métastatiques dans le foie, dans les ganglions trachéo-bronchiques et mésentériques.

**N° 8.** Enfin celle de PRATT, d'un homme amaigri, avec adénopathie sus-claviculaire gauche et une tumeur dans l'épigastre. Le malade se suicide. A l'autopsie on trouve un foie énorme, contenant 5 gros noyaux du volume d'une orange à noix de coco, des ganglions mésentériques énormes et une tumeur œsophagienne sus-diaphragmatique.

A côté de cette généralisation hépatique, il en existe d'autres, en particulier des *généralisations pulmonaires*. Mais ici il faut distinguer les néoplasmes de l'œsophage qui se propagent directement au poumon, car ils en sont tout proches, et ceux qui se pro-

pagent également au poumon, mais par les lymphatiques et les veines pulmonaires et y sèment une quantité de granulations, ou bien perforant la trachée, font des embolies pulmonaires et un cancer au poumon. Ici il s'agit de métastases à distance qui doivent se produire par la circulation sanguine et qui ne sont pas dûes au contact direct du néoplasme avec l'appareil pulmonaire. Elles ont ceci de curieux, c'est qu'elles ressemblent parfois étonnamment à la tuberculose, et très souvent en effet, ces malades sont pris pour des tuberculeux et non pour des cancéreux de l'œsophage.

**N° 9.** Observation de M. le Professeur LOEPER et SERGENT, à l'hôpital de Troyes, en 1927 (résumée) :

Il s'agissait d'un malade présentant des phénomènes pulmonaires manifestes : de la toux avec matité marquée du sommet gauche; en plus, il se plaint de troubles de la déglutition et une salivation auxquels on ne porte pas grande attention. On fait le diagnostic de la tuberculose et le malade entre dans la salle des bacillaires; il fait quelques crachats hémoptoïques qui, malgré l'absence de B. K., paraissent confirmer la tuberculose. L'état général est mauvais; le malade se cachectise, fait de la température. Un examen à l'écran montre une légère déviation de l'œsophage et de la trachée avec opacité très marquée du sommet gauche, d'où cette conclusion de : tuberculose pulmonaire, médiastinite, attrition de l'œsophage et troubles consécutifs à celle-ci. Le malade meurt en 3 mois.

A l'autopsie, on trouve au tiers moyen de l'œsophage, un cancer manifeste adhérent à la trachée, non perforant. Dans le poumon gauche on trouve une quantité considérable de noyaux, prédominants au sommet, sans bacilles.

N° 10. Observation de MM. LEMOINE et GRÉGOIRE (résumée) :

*Cancer de l'œsophage avec envahissement pleural et médiastinal supérieur* (in Le Scalpel II, juin 1927) :

D. H., 56 ans, ouvrier chapelier. Au début de 1924, le malade présente une dysphagie pour les solides et une toux persistante paraissant provenir d'une irritation laryngée. Pas d'autres symptômes bien nets. Quelque temps après, œdème de la face, du cou, des bras et de tout le thorax et un épanchement pleural séreux à droite. Ponction évacuatrice de 1 litre et demi. L'œdème disparaît et fait place à une circulation superficielle, visible sur toute la face antérieure du thorax. Trois semaines plus tard, nouvel œdème, surtout localisé à la partie supérieure du corps mais comprenant également l'abdomen et un peu les membres inférieurs. Il cède à un traitement médicamenteux et le malade reprend le travail pendant 2 semaines. Survinrent alors de la dyspnée et des douleurs dans l'épaule droite et dans la région mammaire droite. On fait le diagnostic d'une tumeur pulmonaire et malgré un B. W. négatif on institue un traitement spécifique, puis radiothérapique qui ne donnèrent pas de résultat. Le malade est hospitalisé en novembre 1926. Il se plaint d'irritation laryngée l'obligeant à tousser. Les efforts de la toux lui donnent des vertiges et provoquent de la tuméfaction du cou et de la face. Il présente une dyspnée d'effort, une sensation d'oppression dans la position couchée, et une pesanteur gastrique. Depuis 2 ans le malade a maigri de 7 kgs. A l'examen le malade est pâle; au cou, la jugulaire externe est saillante à droite. On trouve une circulation collatérale sur toute la face antérieure du corps. Les extrémités sont froides et présentent de la stase veineuse. Le malade semble ne respirer que du côté gauche. La respiration est plus difficile dans la position couchée et s'accompagne de cornage. La percussion du poumon droit révèle une matité sus et sous-claviculaire se continuant en dedans avec la matité cardiaque. A la base, elle est séparée

de la matité hépatique par une bande sonore d'un bon travers de doigt de hauteur. A gauche, tympanisme. L'auscultation montre à droite une diminution de murmure vésiculaire, bronchophonie, pectoriloquie aphone. Rien de spécial à gauche. Expectoration muco-purulente. Pas de B. K. L'examen de l'appareil cardiaque montre une augmentation de la matité cardiaque à gauche, dépassant le bord droit du sternum en bas. A l'auscultation, bruits un peu sourds et un souffle systolique à l'aorte, se progageant vers l'aisselle. En outre, le malade se plaint d'une dysphagie pour les solides; elle l'oblige à boire fréquemment. L'examen radiologique montre à droite une opacité de toute la partie moyenne et interne de l'hémithorax. Le sommet est obscurci; cette obscurcissement paraît due à une rétraction pulmonaire. La surface de l'ombre cardiaque est considérablement augmentée. De profil, on constate, dans l'intervalle séparant la colonne vertébrale d'une part, la partie supérieure de l'ombre cardiaque et l'ombre des vaisseaux d'autre part, une tache losangique qu'on pourrait confondre avec l'aorte descendante. Le début assez brusque de la maladie par un œdème de la moitié supérieure du corps, fit penser à une compression de la veine cave supérieure. L'hydrothorax droit concomittant et l'apparition d'une vascularisation cutanée à la face antérieure du thorax et à l'abdomen, montre bientôt qu'il y avait en plus une compression de l'azygos. Cette compression des deux gros vaisseaux pouvait agir sur le récurrent et sur l'œsophage et expliquer la toux et la dysphagie. Enfin la radiographie, révélant au sein du parenchyme pulmonaire droit la présence d'une ombre assez opaque, incitait à porter le diagnostic d'une tumeur pulmonaire. Le diagnostic de la tumeur étant posé, quel était le point de départ et quelle en était la nature ? La tuberculose, une mycose, une syphilis étant éliminé, restait donc le diagnostic d'un cancer pulmonaire, d'un sarcome médiastinal ou d'un endothéliome pleural. Le malade reste deux mois dans le service, son état paraît s'améliorer mais les symptômes persistent et le 20 janvier le malade fut pris brusquement de malaises, sa température s'élève, sa toux augmente et il mourut 10 jours plus tard en présentant des symptômes d'asphyxie.

L'autopsie montre un épanchement séreux dans le péricarde et un épanchement pleural à la base du poumon droit. Les veines : grande azygos et mammaire interne sont recouvertes de ganglions violacés, leur calibre est réduit de moitié. La face supérieure du foie présente un noyau d'aspect néoplasique. La paroi de l'œsophage est fortement épaissie et adhérente à la bifurcation bronchique. A ce niveau on note la présence d'un épithélioma baso-cellulaire qui est vraisemblablement la tumeur d'origine. Métastase hépatique ayant même caractère que la tumeur ci-dessus. Métastase pulmonaire avec envahissement du poumon droit et de la plèvre droite et du médiastin supérieur droit. Il s'agissait donc en effet d'une tumeur pulmonaire et médiastinale mais l'attention n'a pas été suffisamment attirée du côté de la dysphagie, qui était cependant un des symptômes précoces. On la rapporta à la compression de l'œsophage par la tumeur voisine, sans se douter que le point de départ de cette tumeur se trouvait précisément dans l'œsophage lui-même.

**N° 11.** Enfin une dernière observation de M. LÉVY-VALENSI (résumée). (In Bull. et Mém. Soc. Anat. 1910) :

G... Marie, âgée de 60 ans. Le 24 janvier 1910 éprouve un violent point de côté à droite et entre à l'hôpital. Toux pénible et quinteuse, l'expectoration mousseuse. La percussion montre une sonorité exagérée de 2 côtés; à l'auscultation : râles subilants et ronflants bilatéraux. Aucune localisation. L'appétit conservé. Aucune gêne à la déglutition. Le 30 janvier et 9 février, on trouve dans le crachoir un crachat rouillé. On pense à une pneumonie centrale traînante. Le 11 février, la malade expectore un demi crachoir de sang rouge rutilant. Elle accuse en même temps une gêne de la déglutition. Le soir elle a une syncope et meurt.

A l'autopsie, on trouve de volumineuses masses ganglionnaires occupant la région trachéo-bronchique gauche. La trachée, l'œsophage et l'aorte sont adhérents entre eux. A l'ouverture de l'œsophage, on trouve la paroi œsophagienne

infiltrée par une tumeur bourgeonnante siégeant à 2 cm. du cardia. Au niveau des poumons quelques rares noyaux néoplasiques de volume d'une noisette. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux atypique.

Une troisième variété de métastases est constituée par les *métastases osseuses*.

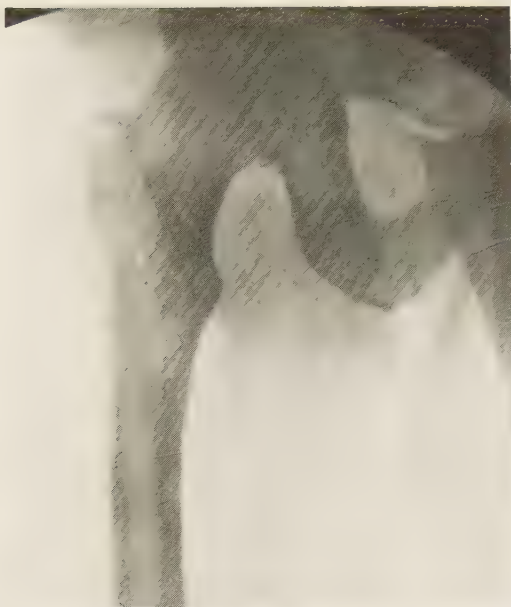
**N° 12.** Voici une observation de M. le Professeur LOEPER (résumée) :

Il s'agissait d'un malade qui vient consulter en avril 1935, ayant été déjà vu par les autres médecins, qui lui avaient trouvé une tumeur de l'œsophage et conseillé une intervention. C'était un homme de 40 ans, dysphagique, pâle, qui n'avait jamais eu d'hématémèses, mais ayant de temps en temps des regurgitations telles, qu'il était obligé d'avoir toujours sur lui un petit crachoir où il faisait couler sa salive lorsqu'il parlait; pas d'antécédents syphilitiques, une légère anémie : 3.800.000 globules rouges. La radioscopie montre un rétrécissement annulaire au tiers inférieur de l'œsophage avec un arrêt brusque de bismuth à ce niveau et une légère dilatation au-dessus. L'œsophagoscopie confirme le diagnostic du néoplasme. Pour améliorer son état, on fit une gastrostomie (professeur GRÉGOIRE). A la suite de cette intervention, l'état du malade s'améliore pendant un mois et demi. On conseilla la radiothérapie profonde avec une insistance justifiée par la gravité du cas. Après 8 séances l'état du malade s'était aggravé. Au mois de juin il revint, boitant, avec un diagnostic de sciatique; on pense tout de suite à un néoplasme du fémur et on fait une première radiographie, qui ne montra rien parce qu'elle était faite trop bas. Une nouvelle radiographie a montré qu'il ne s'agissait pas de sciatique, mais d'un néoplasme portant sur la région trochantérienne du côté droit. On fait à deux reprises différentes, des séances de radiothérapie : on continuait à irradier l'es-

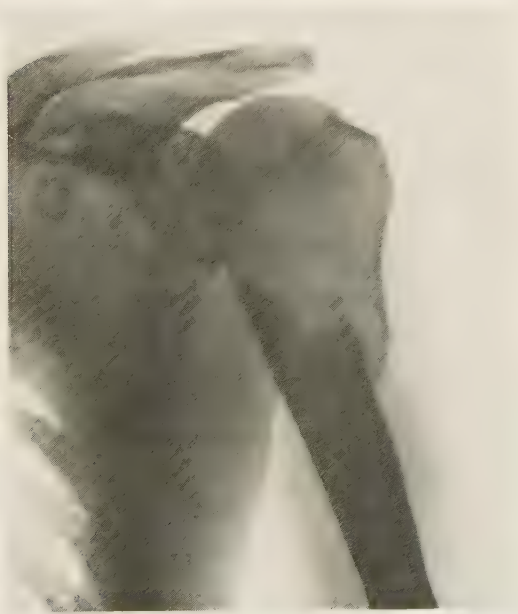
tomac, en même temps qu'on irradiia aussi le fémur. Le résultat, c'est que le 5 août, c'est-à-dire à peu près 5 mois après le début de la maladie, 2 mois après le début des irradiations, le malade mourait, en atroces souffrances, d'un néoplasme du foie.

**N° 13.** Une autre observation semblable, d'un malade présentant un néoplasme de l'œsophage propage à la tête de l'humérus, est celle de M. le Professeur GRÉGOIRE et de M. COUVELAIRE (résumée) :

Le malade, âgé de 66 ans, entre dans le service le 5/11/1934, pour des douleurs dans le bras droit. Ces douleurs ont débuté il y a 4 semaines dans la partie supéro-externe de l'épaule au moment où le malade saisissait un objet sur un meuble. Brusquement, dans la nuit du 2 au 3 novembre, la douleur devient très intense, s'irradiant dans tout le membre et le malade s'aperçoit que sa main est œdématiée. A l'examen, le bras droit est plus gros que le gauche, la mobilité des articulations ne semble pas troublée, si ce n'est l'articulation scapulo-humérale. Le membre droit est le siège d'un œdème mou, plus important au niveau du coude, gardant mal le godet. Au niveau de l'épaule on note une circulation veineuse collatérale importante. En palpant doucement, on note un cordon induré, sensible, montant le long du bord interne du bras. Il semble également que la tête humérale soit plus grosse qu'à gauche et on trouve même une crépitation. Devant ce symptôme, on pense à une fracture; on cherche les signes de tabès, qu'on ne trouve pas. Mais le malade raconte que depuis 3 mois il a des troubles gastriques. Il éprouvait de violentes douleurs siégeant au creux épigastrique irradiant dans toutes les directions, mais surtout dans le dos. Ces douleurs sont tout à fait irrégulières, non rythmées par les repas. On note également l'absence de vomissements, de l'anorexie et de la constipation. Le malade présente un amaigrissement considérable (12 kgs) et se sent très fatigué. La paroi abdominale est souple, rien au creux épigastrique, mais dans le creux sus-claviculaire gauche



OBSERVATION N° 12 : Propagation à distance d'un cancer œsophagien : métastase osseuse portant sur la région trochantérienne droite. (cas du Professeur LOEYER).



OBSERVATION N° 13 : Propagation à distance d'un cancer œsophagien : métastase osseuse portant sur la tête de l'humérus droit avec fracture spontanée. (cas du Professeur GRÉGOIRE).



on trouve de petits ganglions durs, ligneux, dont certains sont mobiles, d'autres fixes. On fait un examen radiologique qui révèle des lésions caractéristiques de néoplasme œsophagien. Ces lésions ne sont donc pas exceptionnelles.

N° 14. On peut citer une autre observation, comme celle de MANDILLON (résumée) :

*Sur un cas de cancer de l'œsophage avec métastase osseuse au niveau de l'extrémité supérieure du tibia droit* (soc. anatomo-clinique de Bordeaux, séance de 13/1/1930, in Bordeaux chirurgical, juillet 1930).

M..., âgé de 51 ans, entre le 9 janvier 1930 dans le service pour gêne de déglutition et gêne de la marche. Le début de la dysphagie remonté à 4 mois environ. Celle-ci a été progressive avec des moments d'aggravation, puis de réduction légère, et a été accompagnée des régurgitations à type œsophagien. Depuis un mois, le malade a présenté des douleurs au niveau de l'extrémité supérieure du tibia droit, douleurs très intenses, qui ont rendu la marche de plus en plus difficile. En même temps son état général déclinait et le malade a maigri de plus de 10 kgs. L'examen permet de constater une dysphagie, mais les liquides et les purées passent encore bien. La voix est enrouée, légèrement bitonale. A la palpation, aucun ganglion dans les régions carotidienne et sus-claviculaire. Un examen radioscopique a montré une sténose œsophagienne de degré moyen, au niveau de l'union du tiers inférieur et du tiers moyen de l'œsophage, avec légère dilatation sus-stricturale. Le rétrécissement a une longueur d'environ 3 cm. Au niveau de l'extrémité supérieure du tibia droit, il existe sur la face interne, une augmentation de volume de l'os avec déformation de celui-ci. Cette tuméfaction est douloureuse à la pression, non adhérente à la peau et fait corps avec l'os. Elle s'étend sur une hauteur de 5 à 7 cm. environ et s'arrête à peu près à 2 cm. de l'interligne articulaire du genou. Les mouvements de l'ar-

ticulation du genou sont possibles et non limités ni douloureux. La radiographie de face permet de noter au niveau de la région interne du tibia, au dessous du plateau, une zone en croissant, de la grandeur du tiers d'une pièce de 5 frs., où l'os est partiellement détruit. Les contours externes de cette lésion sont irréguliers et flous. Il n'existe aucune réaction d'hyperostose autour de la lésion. Sur le profil, on remarque une raréfaction osseuse d'aspect ovalaire, ayant aminci un peu la table postérieure du tissu dense. Les contours sont flous et irréguliers. Il s'agit en somme d'une lésion destructive, térébrente, infiltrant l'os tout autour d'elle, lésion vraisemblablement néoplasique.

On se trouve donc en présence d'un cancer œsophagien avec métastase douloureuse au niveau de l'extrémité supérieure du tibia droit. On a pratiqué le 13 janvier une gastrotomie suivie d'un traitement radiothérapique sur la tumeur primitive et sur métastase. Le malade meurt le 15/2/1930. L'examen anatomo-pathologique a montré l'existence d'une variété un peu spéciale de cancer de l'œsophage : l'épithélioma pavimenteux atypique de « grande malignité à croissance rapide et à métastases précoces et nombreuses ».

N° 15. Voici encore un cas présenté par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et du CASTEL (résumée) :

*Epithelioma pavimenteux atypique de l'œsophage avec généralisation osseuse et cérébrale chez une malade atteinte d'herpétide exfoliative* (communication faite à la séance du 24 mai 1919, in Bulletins et Mémoires de la Société méd. des Hôp. de Paris).

A... R... 52 ans, femme de ménage est atteinte d'eczéma depuis l'âge de 22 ans. Pendant 20 ans, les crises se répètent tous les hivers, avec une durée de 3 semaines environ. Les crises récidivantes se transforment en un état chronique qui fit de la malade un hôte de St Louis. Le 21 avril 1918, elle entre dans le service présentant une érythrodermie gé-

néralisée avec desquamation furpuracée très abondante. La malade se plaint de prurit et d'une frilosité considérable. Depuis 4 mois l'anorexie est absolue, un amaigrissement considérable et la cachexie déjà avancée. Dans les premiers jours de mai, la malade accuse vers la partie inférieure du cou, de la gêne après la déglutition; elle a l'impression que les aliments descendent difficilement vers l'estomac; on la conduit à la salle de radiographie; à cause de sa faiblesse elle est soutenue par une infirmière; néanmoins tout à coup, sans faux pas, elle éprouve un craquement brusque dans la jambe gauche et on doit la reporter dans son lit; on constate alors une fracture du tibia à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen. La mobilité anormale est très accusée et elle persiste malgré le traitement par poudre de thyroïde qu'on donne à la malade pendant 2 semaines. La malade ne se plaint pas de la dysphagie mais la fracture la fait souffrir vivement. L'examen radioscopique montre un cal très important. L'examen de l'œsophage révèle un obstacle situé à la partie supérieure de l'œsophage et le diagnostic de cancer œsophagien paraît s'imposer. Le 17 juillet la malade présente une crise d'épilepsie B.-J. débutant par le bras gauche et se généralisant rapidement. Elle laisse une hémiplegie gauche, prédominante au niveau du membre supérieur. Le 18/7 la mobilité revient presque complètement. Le 20/7, 4 nouvelles crises, qui laissent après elles une paralysie incomplète du membre supérieur gauche et une parésie de la jambe gauche. Pendant ce temps la mobilité anormale de la fracture disparaît, mais on est surpris de voir à ce niveau une tuméfaction qui s'étend progressivement et rapidement; au dessous d'elle se développent avec une égale rapidité 2 autres noyaux. Au cou : les ganglions sus-claviculaires forment bientôt une masse unique bosselée, très dure; un petit noyau néoplasique naît enfin dans la peau épigastrique, un peu à droite de la ligne médiane. La malade meurt cachectique.

A l'autopsie on constate à l'union du 1/3 inférieur et du 1/3 moyen de l'œsophage une virole cancéreuse presque complète. Le néoplasme est remarquable par ses petites di-

mensions qui contrastent avec l'intensité des généralisations. On constate quelques éléments néoplasiques dans le foie; le foyer tibial est remarquable par la mollesse de la tumeur. Au niveau de l'encéphale on trouve un noyau cancéreux de volume d'une petite noix qui occupe la partie supérieure de la frontale ascendante droite. La tumeur est constituée par des masses polyédriques séparées par des travers conjonctivo-vasculaires. Ces masses sont formées par des amas de cellules épithéliomateuses, dont on devine encore le caractère pavimenteux dans les petits éléments rapprochés des travées conjonctives; mais à mesure qu'on s'éloigne des travées, on rencontre des éléments plus volumineux, à protoplasme clair et à noyau moins coloré, atypiques.

Ainsi une fracture spontanée a révélé brutalement une tumeur maligne de l'œsophage, alors que la dysphagie était encore mal caractérisée. Une localisation cérébrale et cutanée ont achevé de caractériser la tendance emboligène du néolioma pavimenteux atypique.

N° 16. Et voici enfin une observation d'HALLUIN, BELLE et DESBONNETS (résumée) :

*Cancer de l'œsophage réveillé par une tumeur métastatique du coude* (in Soc. de radiologie médicale de France 10/7/1934).

Malade de 49 ans, présente le 7 mars 1934 une tuméfaction du coude droit. Son médecin traitant s'est cru en présence d'une arthrite rhumatismale. L'amélioration ne se produisant pas, ce malade vient dans le service en vue de l'examen radiologique. Sur la vue postérieure on constate une tuméfaction de parties molles, comparable à celle que l'on voit à l'examen clinique du membre. Mais au sein de cette tuméfaction se trouvent des opacités présentant de petits fragments osseux disséminés. L'épithrochlée est complètement détruite, la surface articulaire étant cependant res-

pectée. Dans la vue latérale, on constate une destruction de la paroi postérieure, beaucoup moins importante que la perte de substance constatée sur la vue postérieure, et l'on voit des prolongements calcifiés se propageant dans les parties molles de la tumeur. On pense à un sarcome et on procède à une désarticulation de l'épaule le 12 mars. Cette opération est bien supportée par le malade. La pièce ayant été envoyé au laboratoire d'anatomie pathologique, on constate qu'il s'agit d'une tumeur métastatique qui doit avoir pour point de départ un organe muni d'un épithélioma pavimenteux. Mais ce point de départ, on ne le trouve pas. L'état général du malade décline de plus en plus. Le malade revient le 16 juin et présente de la raucité de la voix et une dysphagie commençante. L'examen du médiastin se montre négatif. On prie le malade d'avaler quelques gorgées de liquide baryté et on trouve alors à la partie supérieure de l'œsophage un rétrécissement relativement serré, à bords irréguliers, permettant de porter le diagnostic de cancer œsophagien. L'examen histologique montre la relation qui existait entre ces 2 affections qui paraissaient être différentes. Le 5 juillet, on met dans l'œsophage 3 tubes de radium, laissés en place 3 jours, mais on n'obtient aucune amélioration. Des douleurs apparaissent, la dysphagie augmente, la cachexie s'accroît et le malade meurt en septembre 1934.

Il est donc possible de voir des néoplasmes secondaires des os en rapport avec un cancer de l'œsophage et qui ne sont pas tranchés par des signes caractéristiques.

Ces métastases peuvent se produire également dans la colonne vertébrale, et elles sont en général hautes.

**N° 17. APERT et STÉVENIN** en ont publié une observation :

Ils ont décrit une paralysie double du plexus brachial par noyaux cancéreux osseux développés au niveau des 5° et 6°

vertèbres cervicales, alors que la tumeur œsophagienne n'avait pas encore pris contact avec la colonne vertébrale.

**N° 18.** BOUCHUT et GIGNOUX publient un cas de cancer œsophagien propagé à la colonne vertébrale et donnant une paraplegie brusque (résumée) : (soc. de Médecine de Lyon, 10/5/1909).

Il s'agit d'un homme de 64 ans, ayant eu depuis 4 ans des troubles gastriques assez vagues avec vomissements rares et intermittents, sans signes de sténose œsophagienne et qui faisaient penser plutôt à un néoplasme gastrique. Pendant son séjour à l'hôpital apparut brusquement une paraplegie qui n'avait été précédé d'aucun phénomène douloureux ou parétique. Il s'agissait d'une paraplegie flasque, complète avec incontinence des matières et des urines, abolition de la sensibilité, escharre. Mort 10 jours après.

A l'autopsie on trouve une tumeur d'œsophage non sténosante ayant envahi la colonne vertébrale avec effondrement du corps de la 6<sup>e</sup> vertèbre dorsale.

**N° 19.** Enfin une dernière publication faite par J. E. DUBÉ prof. de la clinique médicale à l'Hôtel-Dieu de Montréal (résumée) :

*Epithélioma latent de l'œsophage. Métastases viscérales et de la colonne vertébrale. Compression de la moëlle et paraplegie* (in journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal mai-août 1935).

M... L... âgé de 43 ans, garçon de buvette, entre dans le service le 16 nov. 1934 pour fortes douleurs dans la région sternale, s'irradiant dans le dos et les épaules, accompagnées d'une sensation pénible de constriction dans la région cardiaque. Le début de ces manifestations douloureuses

thoraciques remonte à 6 semaines environ et fut précédé par des troubles digestifs accompagnés de douleurs dans les membres. Les souffrances qu'endure le malade rendent depuis quelque temps la marche très pénible et actuellement il ne peut pas changer de position dans son lit sans éprouver dans la région inter-scapulaire des élancements très aigus. Le malade se plaint parfois des douleurs en avalant ses aliments. Légère inappétence, pas de nausées, ni vomissements. A l'examen on constate une matité sternale, une double lésion aortique et l'insuffisance mitrale. Quelques râles aux bases pulmonaires. Le foie dépasse le bord costal, rate non perceptible. Une radiographie montra un élargissement de l'aorte et une augmentation de volume du cœur. On fait le diagnostic de l'anévrysme aortique avec insuffisance mitrale et on s'expliquait les douleurs rétro-sternales par la présence même de cette anévrysme. Le malade est soumis au régime lacté, on lui fait une série I. V. de l'ouabaine. Cependant, le malade perd appétit et ne prend que des aliments liquides; les douleurs rétro-sternales et dorsales devinrent intolérables; le malade ne peut plus faire des mouvements des membres inférieurs qui étaient devenus insensibles; on a conclu que l'anévrysme devait être la cause probable de cette paraplegie par production d'ostéite des vertèbres avec compression médullaire. Le malade meurt le 13 déc. 1934.

L'autopsie fut pratiquée et donna les renseignements suivants : épithélioma végétant épidermoïde de la partie moyenne de l'œsophage; péri-œsophagite avec soudure de l'œsophage à l'aorte, la trachée, les plèvres et le péricarde. Péricardite et pleurésie cancéreuse à type granulique. Métastases ganglionnaires de la chaîne médiastinale postérieure. Envahissement néoplasique des premières vertèbres dorsales avec ostéoporose. Angulation de la 2<sup>e</sup> vertèbre dorsale, compression locale de la moelle épinière. Aorte souple, non dilatée, présentant des lésions discrètes d'athérome. Endocardite végétante des sigmoïdes aortiques, avec sténose et insuffisance valvulaire. Il s'agissait donc d'une erreur de diagnostic, et pourtant, en relisant attentivement l'observa-

tion du malade nous voyons qu'il avait présenté parfois un peu de dysphagie, mais comme elle était légère et intermittente on n'a pas songé à une lésion de l'œsophage.

**N° 20.** Les métastases peuvent se fixer également au crâne et voici une observation d'un auteur étranger Michel STRAUSS, de Munich, en 1912 (résumée) :

Homme de 40 ans, ayant subi dans l'obscurité un choc violent qui avait porté sur la moitié droite du crâne, au-dessous de la limite du cuir chevelu. Il en était résulté une tumeur dont il avait demandé à être débarrassé. On avait diagnostiqué un hématome. Après extirpation de la tumeur, celle-ci fut reconnue pour un épithélioma. Le malade meurt 9 jours après.

L'autopsie révéla la présence d'une tumeur de la même nature développée dans l'épaisseur de la paroi de l'œsophage, qui avait détruit la muqueuse sur une hauteur de 10 cm. Il s'agissait d'un cancer primitif de l'œsophage dont la tumeur cranienne représentait un noyau métastatique.

**N° 21.** Une autre observation extrêmement curieuse a été publiée par PAVIOT, J.-F. MARTIN, MONNIER-KUHN, PLANCHIN et LORAS (résumée) :

*Forme anormale de cancer de l'œsophage avec métastases craniennes multiples.* (Soc. Med. des Hôp. de Lyon, 7/5/1935).

Il s'agit d'un cultivateur qui présenta au mois de janvier 1935 une dysphagie légère, une céphalée très intense et un amaigrissement. Au bout de 2 mois on pratique une radioscopie œsophagienne qui fut négative. On examine le malade, on constate que le foie déborde les fausses côtes et on note un petit ganglion dans la région sus-claviculaire gauche. On hésite entre le diagnostic d'une syphilis cranienne et d'en-

céphalite. Une P. L., un examen de fond de l'œil, un examen oto-rhino-laryngologique, la réaction de B. W. et de Hecht, furent négatifs. On décide de faire une radiographie du crâne qui montra des os creusés d'un très grand nombre des cavités, allant du diamètre d'un pois à celui d'une noisette, creusées à l'emporte-pièce, donnant au crâne un aspect vermoulu, sans réaction à la périphérie. Une nouvelle œsophagoscopie révèle l'existence d'un cancer de l'œsophage.

L'autopsie confirme le diagnostic, montrant un aspect macroscopique pseudo-linitique et une formule histologique d'épithélioma pavimenteux sans globes cornés. Quant aux cavités visibles radiologiquement dans les os du crâne, elles étaient remplies par de petites tumeurs d'aspect uniforme, adhérentes à la dure-mère. L'histologie permet de les rattacher au cancer de l'œsophage.

On peut citer encore quelques observations *des métastases portant sur les muscles, sur les parties molles, le creux poplité* et qui sont en général rares.

N° 22. Voici l'observation de SÉBILLEAU, CASTAGNARY, LAINÉ (résumée) :

*Epithélioma latent de l'œsophage avec métastase intra-musculaire.* (Soc. Med. Chir. des Hôp. de Nantes, séance du 26/11/1929).

N... B., 55 ans, entre au mois de novembre 1928 à l'Hôtel-Dieu dans le service du D<sup>r</sup> GANDIN, porteur d'une tumeur intra-musculaire de la fesse droite, développée depuis peu. Cette tumeur présente des symptômes cliniques d'un sarcome. On fait une ablation le 24/11 et à l'examen histologique on note la présence de boyaux épithéliomateux, rappelant l'aspect du carcinome. Il s'agissait d'une métastase d'épithélioma mais l'atypie est telle qu'on ne peut présumer l'organe primitivement atteint. Le malade examiné avec soin

ne présente aucun signe permettant de remonter au point de départ de la métastase. Il quitte l'hôpital en apparence bien portant, mais rentre de nouveau le 2/1/1929. Depuis le mois de décembre il accuse des douleurs se manifestant particulièrement la nuit, parfois au cours de la digestion, qu'il localise au niveau de l'épigastre et de l'hypocondre. Le malade s'alimente bien, pas de vomissements, mais il présente un amaigrissement qui s'est accentué depuis son opération. Le malade est examiné sous l'écran pendant l'ingestion d'une bouillie barytée. On aperçoit d'abord un bas-fond s'emplantant très lentement par un mince filet de bouillie barytée, coulant le long de la paroi gastrique; plus haut, au-dessus de ce rétrécissement, on découvre une dilatation considérable de la moitié supérieure de l'œsophage qui contient presque toute la bouillie barytée. Cette dilatation est limitée inférieurement par un brusque rétrécissement à travers lequel filtre la bouillie opaque. Ce rétrécissement siège au niveau du cardia. L'examen œsophagoscopique fait le 14/1, montre la paroi œsophagienne infiltrée, très saignante, présentant l'aspect burgeonnant, typique de l'épithélioma. Le diagnostic de cancer primitif de l'œsophage peut être dès lors affirmé, malgré l'absence de symptômes œsophagiens. D'ailleurs, au bout de quelques jours, une observation attentive permet de déceler de légers troubles dysphagiques. Le malade ne peut manger sans boire abondamment, bientôt il aura la peine à avaler les pâtes et les purées et finira par ne tolérer que du lait. On constate en outre l'apparition d'un nodule au niveau des dernières côtes droites. L'examen histologique après l'exérèse montre des cellules épithéliomateuses de type épidermoïde et des cellules atypiques à gros noyaux. Vers la fin du mois de janvier, le malade est pris d'une vomique à la suite de laquelle s'installe une expectoration purulente et fétide, sans B. K. L'état général s'altère, la cachexie est de plus en plus grande et le malade succombe le 21/2.

A l'autopsie, l'œsophage présente au niveau de son tiers inférieur, une large dilatation suivie d'un rétrécissement serré correspondant au cardia. Au fond de la dilatation s'ouvre

une fistule dont le trajet conduit dans une caverne gangréneuse du poumon gauche. Le foie est couvert de nodules métastatiques.

On voit donc qu'ici c'est grâce à l'examen histologique de la tumeur musculaire, qu'on a pu remonter des effets à la cause. Pendant longtemps la lésion a évolué sans dysphagie, sans regurgitations et ce n'est que la notion des phénomènes douloureux passagers et aussi l'existence de métastase cancéreuse, précédemment découverte, qui a incité à diriger les recherches du côté du tube digestif, et à faire pratiquer un examen radioscopique qui a révélé la localisation de la lésion primitive.

**N° 23.** Observation de A. BERNARD et C. DE RENTY (résumée) :

*Les métastases à distance du cancer de l'œsophage.*  
(In Arch. des mal. de l'app. dig. et des mal. de la nutrition, juillet 1935).

H... P., 65 ans, consulte le 27/12/1928 pour une tuméfaction située sur la face antérieure de la cuisse gauche et une autre dans la paroi abdominale, au niveau de la fosse iliaque droite. Ces 2 tumeurs sont incluses : l'une dans le quadriceps, l'autre dans les muscles abdominaux; elles sont mobiles avec les contractions musculaires, dures et indolores. Le malade voudrait s'en débarrasser. On est frappé par l'extrême pâleur du malade, qui d'ailleurs avoue d'avoir perdu l'appétit et d'avoir maigri, sans pouvoir préciser exactement la différence du poids. Pas de vomissements, ni de regurgitations, mais légère dysphagie qui ne se manifeste d'ailleurs que si le malade mange trop vite. La radioscopie montre un arrêt prolongé de la baryte au niveau du cardia et sur la radiographie on note, que l'extrémité inférieure de l'œsophage présente des contours irréguliers. On porte le diagnostic de cancer de l'œsophage à forme anémique, anémie étant confirmée par l'analyse du sang. Restait à savoir qu'elle

était la nature des tumeurs musculaires, apparues 5 mois auparavant. La tumeur incluse dans le quadriceps fut enlevée. L'examen anatomo-pathologique donne les résultats suivants : cancer épithélial à forme alvéolaire; les alvéoles sont remplies de larges cellules polygonales à gros noyaux rappelant celles d'un épithélioma pavimenteux. Il s'agit évidemment d'une métastase d'un cancer épithélial provenant d'une muqueuse dermo-papillaire. L'origine de cette métastase, la clinique nous la montre dans le rétrécissement cancéreux de l'extrémité inférieure de l'œsophage. La cachexie et anémie augmentent rapidement et le malade meurt un an après.

**N° 24.** Voici un cas des métastases cutanées, qui sont très rares, rapporté par CROUZON, BARUK et BUREAU (résumée) :

*Métastases viscérales diverses et généralisations cutanées au cours d'un cancer de l'œsophage.* (In Ann. d'an. path. et d'an. norm. med. chir., 1927).

P..., 21 ans, chauffeur de taxi, fut adressé à la Salpêtrière pour troubles mentaux et en outre pour la difficulté qu'on avait pour l'alimenter. A son entrée on constatait surtout un état de cachexie profonde et d'épuisement physique. L'interrogatoire apprend que depuis 6 mois le malade éprouvait une dysphagie progressive, rendant toute alimentation à peu près impossible. A l'examen on constatait au niveau de la paroi antérieure du thorax et de l'abdomen, l'existence de nombreuses petites tumeurs cutanées, enchassées dans la peau, mobiles sur les plans profonds, de consistance dure. En plus, on constate une dysphagie très accentuée; le malade avait-il à peine avalé un peu de lait, il présentait aussitôt une déglutition terminée, un vomissement de type œsophagien, tout à fait caractéristique. Rien d'anormal à la palpation de l'abdomen. A la radioscopie, on notait un arrêt de la bouillie barytée au niveau de diaphragme avec une

dilatation de l'œsophage au-dessus de l'obstacle; aucune trace de bismuth dans l'estomac. Le malade succombe 5 jours après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie montre à l'ouverture du thorax l'existence d'une multitude de tumeurs blanchâtres disséminées sur la paroi du thorax. A la partie terminale de l'œsophage une tumeur dure infiltrant toute la paroi œsophagienne. L'estomac présente 2 ganglions cancéreux le long de la partie supérieure de la petite courbure. Le foie présente plusieurs noyaux cancéreux. On trouve 4 noyaux cancéreux sur la paroi antérieure du ventricule droit. La capsule surrénale volumineuse est envahie par le tissu cancéreux. L'examen histologique montre un épithélioma pavimenteux qu'on retrouve au niveau des métastases.

Il s'agit dans cette observation d'une forme particulièrement rapide du cancer de l'œsophage et dans laquelle les cellules cancéreuses ont présenté une tendance marquée à la généralisation. Cette évolution rapide et cette dissémination extrême des noyaux métastatiques incitent à penser qu'il s'agit d'une généralisation brutale, probablement par voie sanguine.

**N° 25.** Une autre observation d'une métastase rare, dans le creux poplité, présentée par R. VILLARD et M. MONOD (résumée) :

*Métastase rare d'un cancer de l'œsophage.* (Communication faite à la Soc. Anato-mo-Clinique de Bordeaux, le 22/6/1922, in Journal de Med. de Bordeaux, 25 septembre 1922).

Il s'agit d'un malade chez qui, un mois après une gastrostomie pour un cancer siégeant à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de l'œsophage, on constate l'apparition d'une métastase dans le creux poplité droit. Cette constatation a été faite tout à fait par hasard. La métastase a le volume d'un gros œuf; elle s'est développée en dedans des vaisseaux

poplités et adhère à la face antérieure du muscle demi-membraneux. L'état général du malade décline rapidement, malgré l'exérèse. L'examen histologique, fait par M. LABRAYES, donne les résultats suivants : œsophage : épithélioma pavimenteux lobulé, en certains points de la coupe on constate quelques globes cornés en formation; métastase : épithélioma pavimenteux lobulé à globes épidermiques, foyers de nécrobiose, véritables géodes dues à la mortification des globes cornés.

Plus rares sont certaines formes métastatiques que nous ne signalerons que pour mémoire : celles où les métastases ont donné lieu à une hémorragie cérébrale et où on a trouvé à l'autopsie un cancer œsophagien avec métastases multiples dans les ganglions, les poumons, le crâne, le foie (institut pathologique de Bologne), celles enfin qui ont donné lieu à un syndrome de tumeur cérébrale (SAMAJA et STRAUSS).

Nous résumerons ces observations par la conclusion suivante : ces observations sont au nombre de 25, sur lesquelles il y a 8 métastases du foie, 1 du péritoine, 3 du poulmon, 5 des os des membres, 2 des vertèbres, 2 du crâne, 4 des parties molles et 2 des centres nerveux.

Ces néoplasies métastatiques sont donc de fréquence assez grande et c'est pourquoi dorénavant on n'a pas le droit de dire comme on l'a fait jusqu'ici : « le néoplasme de l'œsophage n'a pas de métastase. »

Quand on étudie les statistiques des gens qui se

sont le plus occupés de la question, celle en particulier faite dans le service de A. MATHIEU, on voit que sur 100 cas environ (utilisés pour la thèse de LAMY) et sur 15 autopsies de métastases (faites par MOUTIER), elles se sont localisées :

4 fois sur le foie,  
2 — dans le rein,  
1 — dans la rate,  
1 — dans le péritoine,  
1 — à la peau.

La statistique de BONNAMOUR et PICHAT arrive à peu près aux mêmes conclusions.

La statistique de GUISEZ indique une vingtaine de cas des métastases (sur environ 600 cas examinés) au niveau de l'estomac et du foie, et 2 métastases aux poumons.

La statistique de CALDERARA donne un chiffre important des métastases avec prépondérance marquée au niveau du foie. Ainsi :

|                           |    |
|---------------------------|----|
| foie .....                | 68 |
| rein .....                | 38 |
| capsules surrénales ..... | 9  |
| méninges .....            | 6  |
| péritoine .....           | 3  |
| pancréas .....            | 6  |
| intestin .....            | 5  |
| cerveau .....             | 2  |

sur 155 cas.

La statistique de KLEIN montre à peu près une même proportion des métastases pour chaque organe. Elle est basée sur 264 cas des cancers de l'œsophage étudiés à l'autopsie :

|    |            |                               |
|----|------------|-------------------------------|
| 52 | métastases | dans le foie,                 |
| 37 | —          | — les poumons,                |
| 3  | —          | — le cerveau,                 |
| 2  | —          | — la rate,                    |
| 5  | —          | — le pancréas,                |
| 6  | —          | — la colonne vertébrale,      |
| 6  | —          | — la thyroïde,                |
| 1  | —          | — la langue,                  |
| 20 | —          | — la plèvre,                  |
| 5  | —          | — le cœur,                    |
| 1  | —          | — la paroi abdominale,        |
| 1  | —          | — la peau de l'abdomen,       |
| 8  | —          | — les surrénales,             |
| 3  | —          | — le diaphragme (en dessous), |
| 4  | —          | — les bras,                   |
| 4  | —          | — les côtes,                  |
| 4  | —          | — le sternum,                 |
| 7  | —          | — le cul-de-sac de Douglas,   |
| 1  | —          | — la vessie.                  |

Enfin, le tableau dressé par SAMAJA montre 155 métastases sur 417 cancers de l'œsophage, c'est-à-dire 35,41 %.

|                                | Zürich<br>23 cas | Berne<br>19 cas | Bologne<br>8 cas | S. A. P.<br>24 cas | Genève<br>25 cas | Reichmann<br>à Berlin<br>36 cas | Kassansky<br>20 cas | Total<br>155 cas |
|--------------------------------|------------------|-----------------|------------------|--------------------|------------------|---------------------------------|---------------------|------------------|
| Foie .....                     | 8                | 11              | 7                | 12                 | 8                | 15                              | 7                   | 68               |
| Intestin .....                 | 8                |                 | 1                |                    | 1                |                                 | 2                   | 12               |
| Pancréas ....                  |                  |                 | 2                | 1                  | 1                | 2                               |                     | 6                |
| Rate .....                     | 1                |                 |                  | 1                  | 1                | 1                               | 1                   | 5                |
| Rein .....                     | 2                | 5               | 2                | 4                  | 3                | 7                               | 5                   | 28               |
| Capsules sur-<br>rénales ..... |                  | 3               | 3                |                    | 1                | 1                               | 1                   | 9                |
| Méninges ....                  | 3                |                 |                  |                    | 1                |                                 | 2                   | 6                |
| Cerveau .....                  | 1                |                 |                  | 1                  |                  | 1                               |                     | 3                |
| Peau et tissu<br>sous-cutané.  |                  |                 |                  | 1                  |                  |                                 | 1                   | 2                |
| Ovaires .....                  |                  |                 |                  |                    |                  | 1                               |                     | 1                |
| Péritoine ....                 |                  |                 |                  |                    |                  | 1                               | 2                   | 3                |

Le cancer de l'œsophage fait donc des métastases.

Il s'agit maintenant de savoir dans quelles proportions il les fait par rapport aux cancers des autres organes. Cette proportion est assez importante : le cancer du foie, par exemple, serait dans 4-5 % des cas d'origine œsophagienne, alors qu'il est dans 45 % des cas d'origine gastrique.

Si l'on compare la fréquence des métastases du néoplasme œsophagien à celle des métastases d'autres organes on trouve : que pour le sein les métastases se produisent dans 88 % des cas; pour les voies biliaires dans 84 %; pour l'estomac dans 54 %; pour le duodénum dans 66 %; pour le rectum dans 50 %; pour le gros intestin dans 26 %; pour l'utérus dans 28 % et pour l'œsophage dans 32 % des cas. (FEILCHENFELD).

On n'a donc pas le droit de dire, que le néoplasme de l'œsophage n'a pas des métastases; il en a, et il reste à savoir comment il peut les faire.

D'abord il les fait quelquefois à la suite d'une perforation, qui facilite la dissémination du processus néoplasique; et dans un travail fait à Zürich sur un très grand nombre d'observations, on s'est rendu compte, que sur les cas des métastases constatées, 33 % accompagnaient les perforations.

Il les fait aussi par adhérence et par propagation aux organes voisins, même qu'il n'y a pas de perforation (35-40 % des cas). C'est ainsi que pour le foie, l'origine de la propagation est dans la voie lymphatique rétrograde, par le hile hépatique, ou par lymphatiques sous-péritonéaux, soit dans la voie sanguine : cette dernière, pouvant se faire directement par les veines œsophagiennes inférieures et la veine porte, soit indirectement par anastomoses des veines œsophagiennes et veines gastriques du cardia.

La propagation peut se faire enfin par la voie lymphatico-sanguine, par contact d'un ganglion sur le tronc de la veine porte, sans oublier une possibilité de la coulée cardio-gastrique et diaphragmatique.

Ici un petit point d'anatomie : les veines et les lymphatiques de la partie inférieure de l'œsophage s'anastomosent plus ou moins directement avec la veine porte, avec les veines du cardia et avec la coronaire stomachique : il est donc assez naturel que le néoplasme de la partie inférieure de l'œsophage détermine une propagation plus facile vers l'abdomen

et le péritoine, et que souvent des coulées néoplasiques se produisent par intermédiaire de ces vaisseaux le long du cardia, viennent vers la petite courbure de l'estomac, et s'élancent vers le foie, le péritoine et un autre organe.

Un autre argument en faveur de cette propagation basse : un noyau secondaire réalise le développement à distance des cellules cancéreuses, issues de la tumeur-mère et véhiculées, jusqu'à l'endroit de la nouvelle greffe par voie lymphatique ou sanguine; ces embolies de cellules pathologiques se font à la faveur d'une effraction vasculaire spontanée ou provoquée, et voilà pourquoi un cancer développé au niveau de la région la mieux vascularisée de l'œsophage, c'est-à-dire au tiers inférieur, paraît devoir se généraliser plus fréquemment et peut-être plus précocement.

Donc : propagation lymphatique, propagation veineuse, surtout des néoplasmes inférieurs, propagation lymphatico-veineuse et quelquefois propagation le long de l'œsophage vers l'estomac, avec envahissement ultérieur de l'organisme à la suite de cette descente de la coulée cancéreuse.

Et nous rappelons à ce propos la phrase de LENORMAND, que nous avons citée tout à l'heure dans l'introduction et qui disait : « il n'y a pas de métastases du cancer de l'œsophage », mais il ajoutait : « sauf peut-être quand il descend le long de l'œsophage ».

En un mot : quand il s'étend, quand il adhère, quand il envahit les organes voisins et surtout quand il descend.

## DIAGNOSTIC

Le diagnostic des métastases dans le cancer de l'œsophage est en général facile quand le malade présente de la dysphagie et que l'attention dès le début est attirée sur l'œsophage. Cependant il n'en est pas toujours ainsi et comme nous ont montré certaines observations, les complications métastatiques peuvent dominer le tableau clinique et masquer parfois complètement l'évolution du cancer de l'œsophage. Il ne faudrait donc jamais oublier en présence d'un malade ayant un néoplasme secondaire du foie ou présentant des douleurs violentes dans la cuisse par exemple, douleurs qui paraissent de nature osseuse, de faire une radiographie et d'examiner l'œsophage.

On pourrait éviter de cette façon des erreurs de diagnostic, dont trois sont les plus fréquentes :

1) Cirrhose avec ascite : l'observation de M. le Prof. LOEPER d'un malade qui entre dans le service pour une dysphagie, mais qui présente en même temps un gros ventre, un visage orné d'une série de varicosités et comme il avoue lui-même son penchant pour l'alcool, on fit le diagnostic de cirrhose alcoolique avec ascite, en pensant que les manifestations œsophagiennes sont purement spasmodiques. Or, c'était un cancer de l'œsophage.

2) Péritonite bacillaire : erreur aussi fréquente. M. LOEPER cite le cas d'un malade entré à l'hôpital Lariboisière avec un gros ventre qui avait fait penser d'abord à une cirrhose avec ascite. Puis, comme le liquide péritonéal contenait une quantité considérable d'albumine, on a pensé à la tuberculose. Le malade présentant une légère dysphagie on a pensé à un spasme de l'œsophage d'origine ganglionnaire. Ce n'est que l'autopsie qui a démontré l'erreur de diagnostic.

3) La tuberculose pulmonaire peut donner l'illusion d'un néoplasme par les adhérences qu'elle peut contracter avec l'œsophage. D'autre part, certaines lésions autonomes de l'œsophage qui se propagent par métastases et qui ont donné dans plusieurs cas l'impression d'une tuberculose, étaient bien en réalité dues à un cancer de l'œsophage avec néoplasie secondaire du poumon (observation de MM. LOEPER et SERGENT, à l'hôpital de Troyes).

Dans certains cas la radioscopie et la radiographie révèle des lésions de l'œsophage, mais c'est surtout l'œsophagoscopie qui fait faire le diagnostic. Elle n'est pas, pourtant, toujours bien facile à faire et c'est alors une biopsie qui aide au diagnostic, mais bien souvent on retire un fragment d'œsophage normal et on laisse au-dessous un œsophage pathologique, ce qui fait faire un diagnostic favorable alors qu'il ne l'est pas.

Nous voyons donc l'importance toute spéciale que peuvent prendre ces localisations secondaires :

a) Dans le cas de symptomatologie non typique, le malade peut aussi bien être considéré porteur d'un spasme, que de cancer ou de toute autre affection œsophagienne. Il arrive souvent que l'œsophagoscopie ne soit pas proposée par le médecin ou acceptée par le malade; et pour peu que la radioscopie ne montre rien, ce qui arrive, c'est alors la perplexité qui règne. Mais que l'on trouve un foie bosselé ou toute autre tumeur faisant penser à une localisation cancéreuse secondaire, ou mieux, que l'on se trouve en présence d'un noyau que l'on peut extirper aux fins d'examen histologique et que le laboratoire le déclare : « localisation secondaire d'une tumeur maligne d'une muqueuse dermo-papillaire », alors le doute n'en est plus possible. La métastase a fait faire le diagnostic.

b) Il existe des cas de cancer de l'œsophage latents ou frustes. L'attention n'est pas attiré du côté œsophagien. Ici aussi, la localisation secondaire peut faire un diagnostic. Non examinée histologiquement, cette localisation présumée secondaire fera rechercher un point de départ qui pourra être ainsi décelé, mais qui n'eut vraisemblablement pas été découvert autrement, si ce n'est à une période ultérieure. Ou bien, par une biopsie, le laboratoire d'anatomie pathologique donnera une présomption d'origine, qu'il suffira de confirmer à l'examen radiologique et œsophagoscopique.

c) Même importance, en cas de lésion œsophagienne ancienne, latente ou extériorisée fonctionnel-

lement, telle que mégacœsophage, et qui se cancérisse. Si aucun symptôme ne fait soupçonner cette dégénérescence, une métastase pourra la faire découvrir.

d) Enfin en faisant dépister un cancer œsophagien quelquefois à un stade peu avancé de développement, la localisation à distance permettra de mettre en œuvre une thérapeutique qui pourra peut-être se montrer efficace, mais qui appliqué plus tard, se fut avéré totalement inopérante.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Reste à savoir si parmi les néoplasmes de l'œsophage il est possible de trouver ceux qui font plus facilement des métastases. Nous serons bref sur la nature des tumeurs : elles sont en général pavimenteuses, c'est-à-dire qu'il s'agit d'épithéliomas malpighiennes avec ou sans globes cornés.

Les premiers avec globes cornés sont spino-cellulaires, formés en bordure par une assise de cellules palissadiques, et au centre par des cellules malpighiennes. Dans cet amas cellulaire apparaissent des globes épidermiques cornés. Les boyaux isolés s'accolent et ainsi s'organisent des travées néoplasiques malpighiennes contenant des globes cornés multiples et pluricentriques.

Les seconds sans globes cornés sont baso-cellulaires, formés par des cellules indifférenciées de la couche basillaire génératrice, se groupant en tubes ou anastomosés en réseau. Ils sont rarement purs, et le plus souvent on trouve à côté, des cellules parakératosiques ou une ébauche de différenciation épidermoïde.

Ces deux sortes de tumeurs sont fort peu métastatiques. Mais l'épithélioma pavimenteux n'est pas toujours un épithélioma classique, c'est quelquefois

un épithélioma à petites cellules, formé de travées anastomosées, tantôt étroites, tantôt larges, séparées par un stroma réduit. Leur nature épithéliale serait douteuse, si on ne trouvait pas de loin en loin parmi les amas atypiques, quelques petits amas de cellules malpighiennes. Il existe aussi un épithélioma, compliqué souvent d'éléments d'aspect sarcomateux. Ces deux derniers épithéliomas semblent plus malins et donneraient précocement des métastases. Quelquefois, comme dans le cas de l'observation du Prof. LOEPER, il s'agissait d'un épithélioma compliqué d'éléments d'allure muqueuse, qui ressemble à un lipome, à un myxome, ce qui fait une combinaison de tumeur qui n'est ni homogène, ni faite de cellules univoques.

Fait particulier, c'est que dans ces cas de néoplasmes métastatiques à marche si rapide, beaucoup de tumeurs qui n'étaient pas des tumeurs pures, étaient dans l'œsophage nettement pavimenteuses, vers l'estomac montraient davantage de petites cellules, dans le péritoine redevenaient pavimenteuses et dans le foie et les ganglions étaient encore pavimenteuses, mais sans globes cornés et qui, chose curieuse, dans le tissu conjonctif et dans certains points étaient tellement myxomateuses, qu'on ne pouvait s'empêcher de dire qu'il s'agit de myxo-épithéliomes.

Les travaux de KINOSHITA montrent une tumeur œsophagienne mixte avec des éléments chondromateux, épithéliaux, sarcomateux et myxomateux.

D'après cet auteur, ces tumeurs ne sont peut-être pas œsophagiennes, elles sont peut-être branchiales ou d'origine congénitale. Et on peut se demander, si le cas où la tumeur fut très maligne (observ. de prof. LOEPER), se rapporte non seulement à cette forme de cancer de la partie inférieure de l'œsophage, ayant tendance à se généraliser beaucoup plus facilement, mais peut-être aussi à une tumeur mixte, et si cette tumeur ne participe pas un peu de celle, décrite par KINOSHITA.

## PRONOSTIC

Au point de vue du pronostic : une localisation secondaire éloignée d'un cancer de l'œsophage a été diagnostiquée, quelles déductions pouvons-nous tirer quant à l'avenir ?

La métastase coexiste avec une lésion œsophagienne au stade ultime de son évolution, elle ne sera qu'un phénomène de plus pour amener le dénouement fatal.

Ou bien elle accompagne un cancer œsophagien à son début ou peu évolué. Dans ce cas, le pronostic sera encore sombre certes, mais il reste peut-être l'espoir d'une thérapeutique aussi efficace que possible et du cancer primitif et du cancer secondaire.

## TRAITEMENT

Il n'y a malheureusement pas trop à dire du traitement chez tous ces malades, atteints du cancer de l'œsophage à métastases multiples. Habituellement, le traitement ne peut-être que palliatif et ne donne au médecin, au chirurgien et au malade que des satisfactions temporaires. On se borne à lutter contre la cachexie de dénutrition, soit par lavements alimentaires, soit, surtout, par la gastrostomie. On a essayé le cathétérisme dilatateur qui est peut-être moins dangereux qu'on ne le croit. On s'est adressé également aux Rayons X, au radium et à la radiothérapie profonde. Toutefois GUISEZ et PORTMANN, qui se sont préoccupés de ces questions, nous disent, qu'il faut se méfier des radiations dans le néoplasme de l'œsophage, car il est des cas, où elles ne font pas du bien et où elles font même mal. M. LOEPER a l'impression que jamais un cancer n'alla plus vite que celui qu'il a décrit, et c'était le plus irradié (observation à l'Hôpital de Troyes), et que peut-être, la radiothérapie profonde est dans certains cas responsable de ces généralisations brutales. Certains auteurs, comme FORESTIER et de NABIAS ont prétendu, qu'il fallait non pas regarder la nature de la tumeur, mais son index karyokinétique, c'est-à-dire sa mul-

tiplication cellulaire, avant de pratiquer une radiothérapie.

Cependant, à l'heure actuelle, c'est le seul traitement et la seule façon de consoler, si ce n'est pas de soulager, ces malades. Mais disons bien que, quel que soit le mode d'administration des Rayons X, quelles que soient les combinaisons de radiumthérapie et de radiothérapie, il est des cas incontestables, où le radium n'a pas une action inhibitrice, mais une action excitatrice, il est des autres, où le radium agit par action inhibitrice sur un point de la tumeur, tout en excitant les parties voisines.

## CONCLUSIONS

Il semble donc qu'il faille admettre ceci :

1) Les métastases à distance du cancer de l'œsophage existent indéniablement. Nous en avons rapporté plusieurs observations.

2) Si on ne considère que les métastases qui sont décelables cliniquement, on pourra peut-être dire qu'elles sont plus rares que les métastases d'autres organes. Mais par les autopsies systématiques, on se rend compte que, bien que souvent silencieuses, les localisations secondaires à distance n'en existent pas moins fréquemment.

3) Malgré la possibilité des métastases, quel que soit le siège de la tumeur primitive, il semble néanmoins que le cancer développé au niveau du tiers inférieur de l'œsophage, c'est-à-dire au niveau de la région la mieux vascularisée et présentant de nombreuses anastomoses veineuses, paraît devoir se généraliser plus fréquemment et peut-être plus précocement.

4) Si les localisations secondaires peuvent parfois masquer presque complètement l'évolution du cancer de l'œsophage et être cause des erreurs de diagnostic, ils peuvent au contraire prendre une importance toute spéciale dans les cas de symptomatologie non

typique, dans des formes de cancers de l'œsophage latentes et larvées, en faisant rechercher un point de départ qui pourra être ainsi décelé. C'est la métastase qui va faire faire le diagnostic.

5) Les cancers de l'œsophage ayant tendance à se généraliser plus facilement et plus rapidement, sont dans la plupart des cas des épithéliomas atypiques à petites cellules ou des tumeurs mixtes, donc l'origine œsophagienne a été même dernièrement discutée (travaux de KINOSHITA).

6) Le traitement par les rayons X, le radium et la radiothérapie ne donne pas des résultats satisfaisants. Il semble même que le radium n'a pas une action inhibitrice, mais plutôt une action excitatrice et qu'il est dans certains cas responsable de généralisations brusques.

*Le Doyen,*  
G. ROUSSY.

*Le Président de Thèse,*  
LOEPER.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
CHARLÉTY.

## BIBLIOGRAPHIE

- APERT et STEVENIN. — Paralysie double du plexus brachial par noyau cancéreux au niveau des 5° et 6° vertèbres cervicales. (*Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1910).
- BÉRARD (L.) et SARGNON (A.). — Cancer de l'œsophage. (*Doin*, 1927).
- BONNAMOUR et PICHAT. — Formes larvées du cancer de l'œsophage. (*Journal de Médecine de Lyon*, 1930, p. 469).
- BERNARD (A.) et DE RENTY (C.). — Les métastases à distance du cancer de l'œsophage. (*Arch. des mal. de l'app. digestif et des mal. de la nutrition*, juillet 1935, p. 695).
- BARANY (E.). — Distant metastasis in cancer of œsophagus. (*Radiol. Rev. of Chicago*, M. Rec. 54, nov. 1932, p. 260).
- BONNARD (M.). — Le cancer de l'œsophage sans signes cliniques œsophagiens. (*Thèse de Paris*, 1921).
- BOUCHUT et GIGNOUX. — Le cancer de l'œsophage propagé à la colonne vertébrale et déterminant une paraplégie brusque. (*Soc. de Méd. de Lyon*, 10/5/1909).
- BLUMENSOHN. — Metastatische maligne Geschwülste in Herzen. (*Thèse de Bâle*, 1907).
- CHALIER et DELORME. — Cancer de l'œsophage avec généralisation hépatique. (*Lyon Médical*, 1922, p. 24).
- CROUZON, BARUCK, BUREAU. — Métastases viscérales diverses et généralisations cutanées au cours d'un cancer de l'œsophage. (*Ann. d'an. path. et d'an. norm. méd. chir.*, 1927).
- COLLET. — Cancer de l'œsophage avec paralysie récurrentielle et généralisation hépatique. (*Journal de Médecine de Lyon*, 1925, p. 463).
- CADE. — Sur une forme larvée du cancer de l'œsophage. (*Lyon Médical*, 10/7/1920).
- DUBÉ (J.-E.) et LEGAULT (J.). — Epithélioma latent de l'œso-

- phage. Métastases viscérales et de la colonne vertébrale. Compression de la moelle et paraplégie. (*Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal*, mai-août 1935).
- GRILLON (Mc.). — Néoforations malignes multiples associées à un carcinome de l'œsophage. (*The Lancet*, N° 5.745, 7/10/1933).
- GASBARRINI (A.). — Carcinoma del l'esofago con diffusione laringotrachéale ed ipofaringea. Metastasi multiple, (*Riforma med.* 45, 4/5/1929, p. 591-597).
- HANNS, WOLF, SCHLUMBERGER. — Néoplasme de l'œsophage avec sténose incomplète et métastase ganglionnaire. (*Strasbourg Médical*, N° 2, 11/1/1930, p. 37).
- D'HALLUIN, BELLE et DESBONNETS. — Cancer de l'œsophage réveillé par une tumeur métastatique du coude. (*Soc. de radiologie médicale de France*, 10/7/1934).
- KLEIN. — Localisation und Metastasierung des Oesophagus-Carcinoms. (*Arch. f. Klin. chir.*, T. CXLV, 1927, p. 166).
- KAUFMAN. — Traité d'anatomie pathologique spéciale. (Milan, Vallardi).
- KINOSHITA. — *Schweiz. Med. Woch.*, 1921, II 7, p. 156-159.
- LAIGNUEL-LAVASTINE et DU CASTEL. — Epithélioma pavimenteux atypique de l'œsophage avec généralisation osseuse et centrale chez une malade atteinte d'herpétide exfoliative. (*Bull. et Mém. de la Société Médicale des Hôp. de Paris*, 1919, p. 399-401).
- LEMOINE et GRÉGOIRE. — Cancer de l'œsophage avec envahissement pulmonaire pleural et médiastinal supérieur. (*Le Scalpel*, II, juin 1927).
- LAMY. — Etude de statistique clinique de 134 cas de cancers de l'œsophage et du cardia. (*Thèse de Paris*, 1910).
- LOEPER (M.). — Les crises douloureuses du cancer de l'œsophage. (*Progrès Médical*, 24/12/1921).
- MANDILLON. — Sur un cas de cancer de l'œsophage avec métastase osseuse au niveau de l'extrémité supérieure du tibia droit. (*Bordeaux Chirurgical*, juillet 1930, p. 194).
- MOUTIER et LAMY. — Les formes cliniques du cancer de l'œsophage. (*Revue Méd. Française*, janvier 1921).
- PALLASSE et Mlle LAMBERT. — Cancer de l'œsophage latent

- avec généralisation hépatique. (*Lyon Médical*, 14 oct. 1928, p. 451-453).
- PRATT. — (*Lancet*, 1907).
- PAVIOT, MARTIN (J.-F.), MONNIER-KUHN, PLANCHIN et LORAS.  
— Formes anormales de cancer de l'œsophage avec métastases craniennes multiples. (*Société Méd. des Hôp. de Lyon*, 7/5/1935).
- ROSENTHAL (D.-B.). — Carcinoma of œsophagus with multiple metastasis (*M. J. Australia*, 17/1/1931, p. 79-80).
- SÉBILLEAU, CASTAGNARY, LAINÉ. — Epithélioma latent de l'œsophage avec métastase intra-musculaire. (*Soc. Méd. Chir. des Hôp. de Nantes*, séance du 26 nov. 1929).
- SEDKY. — Cancer de l'œsophage à type de néoplasme gastrique. (*Thèse de Lyon*, 1922).
- STRAUSS. — Primärer latent verläufender Speiseröhre Krebs Metastase am Schädeldache als Unfallfolge. (*Münch. med. Woch.*, 1912).
- VILLARD et MONOD. — Métastase rare d'un cancer de l'œsophage. (*Journal de Méd. de Bordeaux*, 25 sept. 1922).
- WELLER (E.-S.). et CASIELLO (A.). — Estenosis neoplasica del esofago con adenopatica metastatica particular. (*Rev. med. del Rosario*, 23, juillet 1933, p. 584-589).



